

Aus der Klinik für Allgemeinmedizin, Naturheilkunde, Psychosomatik und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité
der Humboldt-Universität zu Berlin

DISSERTATION

**Abrechnungsverhalten von Leistungen
zur psychosomatischen Grundversorgung
bei niedergelassenen Ärzten**

Zur Erlangung des akademischen Grades
doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät der Charité –
Universitätsmedizin Berlin

von
Ralph Mertens
aus Berlin

Dekan: Prof. Dr. med. Martin Paul

Gutachter: 1. Prof. Dr. H.-C. Deter
2. Prof. Dr. C. Helberger
3. Prof. Dr. U. Maschewsky-Schneider

Datum der Promotion: 8.6.2005

Zusammenfassung

Datensätze der von Berliner Ärzten abgerechneten psychosomatischen und psychiatrischen Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) in den Jahren 1995-1997 werden im zeitlichen Verlauf untersucht und mit Veränderungen der Leistungsdefinition verglichen. Die Abrechnungsdaten werden nach Fachrichtung, Geschlecht und Stadtteil des abrechnenden Arztes gruppiert und mit Daten zur Qualifikation des Arztes - aus einem von Berliner Ärzten beantworteten Kurzfragebogen zur psychosomatischen Grundversorgung (PSGV) - korreliert. Hypothesen zu strukturellen Unterschieden beim Abrechnungsverhalten innerhalb der Ärzteschaft werden formuliert. Weiterhin wird untersucht, wie das Abrechnungsverhalten von Ärzten durch Änderungen in der Gebührenordnung beeinflusst wird. Zuletzt wird nach Kriterien gesucht, die den Bedarf an PSGV quantifizieren. Die in der Arbeit postulierten Hypothesen lassen sich wie folgt beantworten: (H 1.a.): Das Geschlecht des Arztes spielt für die Abrechnungshäufigkeit psychosomatischer Leistungsziffern keine Rolle. (H 1.b.): Ärzte im Westteil Berlins rechnen häufiger Leistungen der PSGV ab als ihre Ostberliner Kollegen. (H 1.c.): Gesprächstherapien werden von Ärzten mit hoher Balintgruppenerfahrung häufiger durchgeführt. (H 2.a.): Die therapeutische Leistungsziffer 851 wird trotz besserer Bewertung ab dem Jahr 1996 nicht häufiger abgerechnet. (H2.b.): Die Budgetierung einer Leistung verringert deren Abrechnungshäufigkeit. (H3.a.): Ärzte rechnen seltener Leistungen der PSGV ab als sie es aufgrund der geschätzten Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen am eigenen Patientenkontinuum könnten. Zufällig findet sich in der Datenanalyse ein statistischer Fehler. Die bereitgestellten Leistungsstatistiken der KV-Berlin stellen in Bezug auf den Mittelwert keine korrekten Abrechnungsgegebenheiten dar. Die asymmetrische Verteilung der Abrechnungsdaten läßt sich durch Angabe des Median und eines Perzentilenbereiches besser beschreiben als der derzeitige ausgewiesene arithmetische Mittelwert. Die Leistungsmengenausweitungen nach Einführungen des EBM ab dem Jahr 1996 können auch durch diesen Umstand mitverursacht worden sein. Bei der Literaturbetrachtung fällt auf, dass die Morbidität psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zunimmt und diese einen hohen volkswirtschaftlichen Schaden in Hinblick auf Krankheitszeiten und Medikamentenkosten verursachen. Qualitätsverbessernde Maßnahmen in der PSGV können effektiv Krankheitskosten reduzieren.

Schlagnote: Psychosomatische Grundversorgung, Abrechnungsverhalten, Leistung, Qualitätsmanagement

Abstract

Data sets about psychosomatic and psychiatric services from “Einheitlichen Bewertungsmaßstabs” (EBM), which were deducted from Berliner physicians during the years 1995 -1997 will be researched in a time dependent process and will be compared to the change of definition of achievement. The billing data will be grouped according to the field, gender and district of the accounting physician, and will be correlated with data which comes from a short questionnaire, answered by Berlin physicians, about the psychosomatic primary health care, for the qualification of the physician. Hypotheses of structural distinctions from the account behaviour, within the Medical profession, will be formulated. Furthermore, it will be examined, how the account behaviour of the physicians will be affected by change in the tariff. Lastly, we will be searching for criteria, which will quantify the demand of psychosomatic primary health care. The postulated hypotheses in this work can be answered as follows: (H 1.a.): The gender of the physician is irrelevant to the settlement frequency of the psychosomatic output figures. (H 1.b.): Physicians in West Berlin account for services from psychosomatic primary health care more often than their colleagues in East Berlin. (H 1.c.): Physicians with high Balint group experience administer more client-centered therapies. (H 2.a.): Despite the better valuation starting from the year 1996, the therapeutic output figure 851 does not become more frequently accounted for. (H 2.b.): The budgeting of an achievement reduces their account frequency. (H 3.a.): Physicians account more rarely for services of psychosomatic primary health care as they could do it due to the estimated frequency psychosomatic diseases of their own patient clientele. A statistic error is coincidental in the data analysis. The provided statistical activities of the KV-Berlin don't represent correct account conditions in reference to the median. The asymmetrical distribution of the billing data can be better described by the indication of the median and a percentile range, than by the current stated arrhythmic median. The expansions of achievement quantities after changing of the EBM, starting from the year 1996, could be, among other things, caused by this circumstance. During the examination of the literature, it becomes noticeable, that the morbidity of psychological and psychosomatic diseases increases, and these cause high economical damage in terms of illness times and medication cost. Quality-improving measures in the psychosomatic primary health care can effectively reduce disease costs.

Keywords: psychosomatic primary health care, account behaviour, medical service, quality management

1. Inhaltsverzeichnis

1. Inhaltsverzeichnis	5
2. Einleitung	8
3. Ärztliche Vergütungssysteme im ambulanten Bereich	9
3.1. Gesetzliche Grundlagen	9
3.1.1. Abrechnung von medizinischen Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung	10
3.2. Aufbau des EBM	10
3.3. Definition der Leistungsziffern nach EBM zur psychosomatischen Grundversorgung	10
3.4. Leistungsbewertung	12
3.5. Leistungsabrechnung	12
3.6. Entwicklung der Vergütungssituation durch gesetzliche Rahmenbedingungen	14
3.6.1. Berechnung des Fallpunktwertes (Patientenbudget oder Kopfpauschale)	18
3.7. Modelle für neue Vergütungssysteme im ambulanten Bereich	20
4. Entwicklung der Psychotherapie und Psychosomatik in Deutschland	22
4.1. Ausgangssituation	22
4.1.1. Qualifikationsvoraussetzungen	23
4.2. Differenzierung und Qualitätssicherung in der Psychotherapie	25
4.2.1. Konsequenz für niedergelassene Ärzte	25
4.3. ambulante psychotherapeutische Versorgung und psychosomatische Grundversorgung in Berlin	25
5. Fragestellungen und Hypothesen	27
6. Material und Methoden	31
6.1. Material	31
6.1.1. Datensatz der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVD)	31
6.1.2. Kurzfragebogen (KFB)	32
6.1.3. Quartalsstatistik für Allgemeinmediziner der KV-Berlin	33
6.1.4. Arztregister Berlin	33
6.2. Methoden	34
6.2.1. Aufbereitung der Daten	34
6.2.2. KV-Statistik	37
6.2.3. Gruppenbildung	38
6.3. Statistische Verfahren	38
6.3.1. Prüfung des Zielwertes auf Normalität	39

6.3.2. Wahl geeigneter Prüfverfahren	39
7. Ergebnisse	40
7.1. Darstellung des Datenmaterials	40
7.1.1. Verteilung männlicher und weiblicher Ärzte in Berlin	40
7.1.2. Verteilung der Ärzte im Ostteil und im Westteil Berlins	40
7.1.3. Fachrichtungsverteilung	40
7.1.4. Vergleich der Niederlassungsjahre in beiden Stadtteilen Berlins	41
7.1.5. Vergleich der Geschlechtsverteilung in beiden Stadtteil	42
7.1.6. Vergleich der Qualifikation zur PSGV in beiden Stadtteil	43
7.1.7. Untersuchung der Abrechnungsspalten auf Normalverteilung	44
7.1.8. Schätzung der Fachgruppen zur Frage der Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen in der Arztpraxis	46
7.2. Vergleich der Abrechnungshäufigkeit bezogen auf strukturelle Parameter – Überprüfung der Hypothesen 1.a. – 1.d.	47
7.2.1. Überprüfung der Hypothese 1.a.: Vergleich des Kriteriums „Arztgeschlecht“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850-856)	47
7.2.2. Überprüfung der Hypothese 1.b.: Vergleich des Kriteriums „Stadtteil des Praxissitzes“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850-856)	48
7.2.3. Überprüfung der Hypothese 1.c.: Vergleich des Kriteriums „Balintgruppenerfahrung“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850-856) und von psychiatrischen Leistungsziffern (820-822)	49
7.2.4. Überprüfung der Hypothese 1.d.: Vergleich des Kriteriums „Formale Qualifikation zur PSGV“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850-856)	51
7.2.5. Deskriptive Darstellung der Kriterien „Fachrichtung“, „Dauer der Niederlassung“ und „Fallzahl“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850 und 851)	52
7.3. Überprüfung der Hypothesen 2.a. bis 2.c.: Einfluß äußerer Faktoren auf die Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV	56
7.3.1. Untersuchung der Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit psychiatrischer und psychosomatischer Leistungsziffern im Zeitverlauf	56
7.4. Beantwortung der Hypothesen 2.a. bis 2.c.	63
7.5. Überprüfung der Hypothese 3.a.: Korrelation der subjektiven Schätzung mit der Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850 und 851	64
7.6. Exkurs: Vergleich der KV-Statistik für niedergelassene Allgemeinmediziner mit dem vorhandenen Datenmaterial	65

8. Diskussion	68
8.1. Kritische Würdigung des Datenmaterials	68
8.2. Strukturelle Unterschiede und Abrechnungsverhalten	69
8.3. Äußere Auswirkungen auf das Abrechnungsverhalten	74
8.4. Bedarf an psychosomatischer Grundversorgung	78
Literatur	83
Anhang	I
Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis	III
Fragebogen	V
Lebenslauf	VII
Danksagung	VIII
Versicherung	IX

2. Einleitung

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen des interdisziplinär angelegten Graduiertenkollegs „Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung“, an dem sich insgesamt 13 Professoren aller Berliner Universitäten beteiligten und in dem Dissertationen entstanden. Sie reiht sich unter den drei Schwerpunktthemen des Kollegs (HENKE KD ET AL 2001) in den Bereich „Organisation und Vergütung des Leistungsgeschehens“ ein.

Das der Arbeit zugrundeliegende Datenmaterial wurde von *Prof. Deter* zur Verfügung gestellt, der im vom Bundesministerium für Gesundheit seit 1991 geförderten Verbundprojekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ zusammen mit acht weiteren Studienzentren (BRUCKS U, WAHL WB 2000) forscht. Innerhalb seiner Forschungsarbeit, die sich mit der qualifizierten Fort- und Weiterbildung von Ärzten und deren Evaluation sowie der Beobachtung des Leistungsgeschehens innerhalb der Psychosomatik auf Mikroebene beschäftigt (u.a. DETER HC 1999a und DETER HC 1999b), konnten von ihm Datensätze akquiriert und erstellt werden, die in dieser Form wohl einmalig zur Verfügung stehen. In dieser Arbeit werden erstmals Abrechnungsdaten Berliner Ärzte (Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung) mit praxisinternen und subjektiven Arztangaben verknüpft, die aus einem Fragebogen entstammen. Dadurch wird es möglich, diese unter neuen Aspekten zu betrachten und eine differenziertere Datenanalyse zu ermöglichen. Die Abrechnungsdaten aus den Jahren 1995 bis 1997 fallen in eine Zeit, in der es zu bedeutenden Änderungen in der Definition, der Bewertung und der Vergütung von ärztlichen Leistungen kam. Diese Änderungen gilt es darzustellen und mit dem Datenmaterial zu vergleichen.

Im ersten Teil der Arbeit werde ich die Abrechnungsmodelle für ärztliche Leistungen erläutern, die während des Untersuchungszeitraums eine Rolle spielten und gleichzeitig die politischen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen sowie deren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen darstellen. Hierbei wird auf die besondere Situation Berlins, auf die sich das Datenmaterial bezieht, eingegangen. Anschließend wird der Begriff der psychosomatischen Grundversorgung erklärt und in den Fächer der psychotherapeutischen Behandlungsmethoden eingeordnet.

Im zweiten Teil wird das vorhandene Datenmaterial sowie dessen Aufbereitung und Analyse beschrieben. Nach der Darstellung der Ergebnisse werden diese, bezogen auf die Fragestellungen, diskutiert.

3. Ärztliche Vergütungssysteme im ambulanten Bereich

Dem niedergelassenen Arzt stehen derzeit drei Vergütungssysteme zur Verfügung, aus denen sich sein Honorar zusammensetzt. Der weitaus größte Anteil der ärztlichen Vergütung wird über die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) gedeckt und durch die Kassenärztliche Vereinigung bezahlt. Dieses Vergütungssystem steht nur dem Vertragsarzt (nach GSG¹ vom 01.01.1993) zur Verfügung. Daneben vergüten Berufsgenossenschaften Leistungen, die über die Behandlung berufsbedingter Erkrankungen und Arbeitsunfälle entstanden sind (gemäß Reichsversicherungsordnung). Jeder approbierte Arzt darf Patienten, die nicht der gesetzlichen Versicherungspflicht unterliegen, behandeln und mit den privaten Krankenversicherungen abrechnen. Jedem Vergütungssystem liegt ein Leistungskatalog zugrunde, der definiert, welche Leistungen abrechenbar sind.

Die folgende Betrachtung richtet sich ausschließlich auf das Vergütungssystem innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Gesetzliche Grundlagen und Veränderungen fließen hierbei mit ein.

3.1. Gesetzliche Grundlagen

Grundlage für die vertragsärztliche (früher kassenärztliche) Versorgung bilden die gesetzlichen Bestimmungen im Sozialgesetzbuch V (SGB V).

Der Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen medizinischen Leistungen und legt fest, in welchem Wertverhältnis diese zueinander stehen (§ 87, 2 SGB V). Dabei werden die Leistungen nicht in Geldwert-Beträgen sondern in Punktzahlen bewertet. Der Bewertungsausschuß (Spitzengremium der Ärzte bzw. Zahnärzte und der Krankenkassen) hat die Aufgabe, einen einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die in der gesetzlichen Krankenversicherung abrechenbaren Leistungen aufzustellen. Dieser ist Bestandteil des Bundesmantelvertrages für Ärzte (§ 87, 1 SGB V). Aufgabe des Bewertungsausschusses ist auch, den EBM in bestimmten Zeitabständen daraufhin zu überprüfen, ob Leistungsbeschreibungen und ihre Wertrelationen noch aktuell sind.

Im Bundesmantelvertrag (BMV) (§ 82 SGB V) wird geregelt, wie die vertragsärztliche Versorgung den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen nach Gesetz, Satzung und weiteren Vereinbarungen zu gewähren ist. Der Bundesmantelvertrag wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart.

¹ Gesundheitsstrukturgesetz

3.1.1. Abrechnung von medizinischen Leistungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung

Leistungen, die ein niedergelassener Arzt erbringt, werden gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung nach einem Leistungskatalog abgerechnet. Im Jahre 1984 wurde der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) als Abrechnungsgrundlage eingeführt. Der EBM wird zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen ausgehandelt. Laufend ergänzt wird dieser Abrechnungskatalog durch Bestimmungen der Vertragsärzte des Bundesmantelvertrages (BMÄ) und der Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen (E-GO).

3.2. Aufbau des EBM

Der Leistungskatalog ist abschließend definiert. Nur Leistungen aus dem Leistungskatalog in der jeweils gültigen Fassung dürfen gegenüber den Krankenkassen abgerechnet werden.

Alle Leistungen sind durch eine eindeutige Ziffer gekennzeichnet. Jede Leistung wird inhaltlich definiert und enthält Hinweise auf die Häufigkeit der Abrechenbarkeit innerhalb eines Abrechnungszeitraums (Quartals) sowie Ausschlußklauseln bei gleichzeitiger Berechnung anderer Leistungen.

Leistungen sind in Leistungsgruppen gegliedert. Neben Grundleistungen und Sonderleistungen, die von jedem Arzt erbracht werden dürfen, sind facharztbezogene Gruppen definiert, die nur von den jeweiligen Fachärzten bzw. von Ärzten mit einer gleichwertigen Zusatzqualifikation erbracht werden dürfen. Nichtärztliche Psychotherapeuten dürfen ebenfalls Leistungen aus dem Kapitel G IV des EBM unter besonderen Bedingungen (s.u.) abrechnen.

Ergänzt wird der Katalog durch den Abschnitt „Laborleistungen“. Diese Leistungen können ebenfalls durch jeden Arzt erbracht werden. Im letzten Abschnitt „Pauschalerstattungen“ sind feste Geldbeträge (in €, früher DM) definiert, die für Auslagen liquidiert werden dürfen (Porto, Fotokopien etc.).

3.3. Definition der Leistungsziffern nach EBM zur psychosomatischen Grundversorgung

Ab dem 1. Quartal 1996 änderten sich die Definition und die punktmäßige Bewertung der Leistungsziffern des EBM. Die alte und neue Definition der in dieser Arbeit zu analysierenden Leistungsziffern mit Punktbewertung sei im folgenden wiedergegeben:

EBM 01.01.1994 bis 31.12.1995	EBM ab 01.01.1996
Psychosomatische Leistungsziffern	
Ziffer 850: Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschließlich Beratung bis zu zweimal im Behandlungsfall 250 Punkte	Ziffer 850: Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschließlich Beratung bis zu zweimal im Behandlungsfall
Ziffer 851: Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, (Dauer mind. 20 Minuten) 300 Punkte	Ziffer 851: Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, (Dauer mind. 15 Minuten)
Ziffer 855: Übende Verfahren (autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Einzelbehandlung einschließlich verbaler Interventionen und Einführung des Patienten in das Verfahren, (Dauer mind. 25 Minuten) 300 Punkte	Ziffer 855: Übende Verfahren (autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Einzelbehandlung einschließlich verbaler Interventionen und Einführung des Patienten in das Verfahren, (Dauer mind. 25 Minuten)
Ziffer 856: Übende Verfahren (autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Gruppenbehandlung (2 – 10 Teilnehmer), einschließlich verbaler Interventionen und Einführung der Patienten in das Verfahren, (Dauer mind. 50 Minuten) je Teilnehmer und Sitzung 110 Punkte	Ziffer 856: Übende Verfahren (autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobson) als Gruppenbehandlung (2 – 10 Teilnehmer), einschließlich verbaler Interventionen und Einführung der Patienten in das Verfahren, Dauer mind. 50 Minuten) je Teilnehmer und Sitzung
Psychiatrische Leistungsziffern	
Ziffer 820: Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status [...], einmal pro Behandlungsfall 320 Punkte	Ziffer: 820: Erhebung des vollständigen psychiatrischen Status [...], einmal pro Behandlungsfall
Ziffer 821: Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes [...], max. zweimal pro Behandlungsfall 250 Punkte	Ziffer 821: Vertiefte Exploration mit differentialdiagnostischer Einordnung eines psychiatrischen Krankheitsbildes [...], max. zweimal pro Behandlungsfall
Ziffer 822: Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild durch symptombezogene verbale Intervention [...] 320 Punkte	Ziffer 822: Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild durch symptombezogene verbale Intervention [...]
Ziffer 823: Psychiatrische Behandlung zur Reintegration eines Erwachsenen mit psychopathologisch definiertem Krankheitsbild als Gruppenbehandlung durch symptombezogene verbale Intervention [...] 200 Punkte	Ziffer 823: Zuschlag zur Leistung nach Nr. 822 bei einer Gesprächsdauer von mehr als 30 Minuten

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Bezeichnung und Bewertung der in der Arbeit verwendeten psychosomatischen und psychiatrischen Leistungsziffern des „alten“ und „neuen“ EBM

Die Ziffern 820 – 823 stammen aus dem Kapitel GII des EBM (Psychiatrie). Diese Ziffern konnten vor Einführung des neuen EBM in geringem Maße auch von anderen Facharztgruppen abgerechnet werden. Nach Definition handelt es sich bei den Ziffern 820 und 821 um diagnostische Leistungen, bei der Ziffer 822 um eine therapeutische Leistung. Die Leistungsdefinition der Ziffer 823 wurde im neuen EBM komplett geändert. Aus der Gruppentherapieleistung wurde ein zeitbezogener Leistungszuschlag. Diese Ziffer wird daher aus der späteren Betrachtung heraus-

gehalten. Weitere Leistungsziffern (827 – 849) bleiben aufgrund der fehlenden Datenlage ebenfalls unberücksichtigt. Die Ziffern 850 – 856 stehen im Kapitel G III (Psychosomatik) und sind damit die Leistungsziffern, die in der psychosomatischen Grundversorgung erbracht werden dürfen. Die Ziffer 850 ist eine diagnostische Leistungsziffer. Die Ziffer 851 ist eine therapeutische und reine Gesprächsleistung. Später hinzugekommene therapeutische Leistungsziffern für Kinder (857) und Hypnose (858) bleiben in der Arbeit unberücksichtigt.

3.4. Leistungsbewertung

Der Wert einer Leistung wird in Punkten angegeben. Als rechnerische Größe wird ein Punkt mit einem Geldbetrag von 5,62 €-Cent (früher 11 Dpf²) zugrundegelegt. Um eine Leistung liquidieren zu dürfen, muß diese vollständig erbracht worden sein (EBM: allg. Bestimmungen). Dazu gehören neben inhaltlichen Voraussetzungen auch zeitliche Vorgaben. Diese werden ausgedrückt als zeitliche Mindestgrenzen (z.B. mindestens 15 Minuten), Höchstgrenzen und Dauern (z.B. jede vollendete halbe Stunde).

Die Definition und Bewertung der Leistungen erfolgen in Fachgremien innerhalb der KBV im Konsens mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen (s.o.). Über- bzw. Unterbewertungen von Leistungen sind hier nicht auszuschließen. Da eine Kalkulation auf betriebswirtschaftlicher Grundlage zur Berechnung der Einzelleistung fehlt (SCHLITT R 1996), bleibt diese Aussage allerdings spekulativ.

3.5. Leistungsabrechnung

Kassenärztliche Vereinigungen jedes Bundeslandes (insgesamt 23) übernehmen die Abrechnung der Vertragsärzte mit den Krankenkassen. Sie schließen im Namen der beteiligten Ärzteschaft mit den gesetzlichen Krankenkassen Verträge über die kassenärztliche Versorgung und verteilen die jährlich ausgehandelte Gesamtvergütung an die Vertragsärzte (§ 85 Abs. 1 SGB V). Die Gesamtvergütung kann entweder als Festbetrag, Kopfpauschale oder Fallpauschale berechnet werden. Möglich ist auch eine Berechnung nach Einzelleistung oder eine Kombination der genannten Berechnungsarten.

Die Verteilung erfolgt unter Anwendung eines Honorarverteilungsmaßstabes (HVM), der von jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in Eigenverantwortung über eine Vertreterversammlung verbindlich beschlossen wird. Der HVM setzt die im jeweiligen Abrechnungsgebiet verhandelte Gesamtvergütung in Geldwert-Beträge je Leistungsziffernpunkt um. Er wurde im Laufe

² Deutsche Pfennige

der 90iger Jahre zunehmend differenzierter. Ursprünglich wurden nur Primärkassen von Ersatzkassen in der Bewertung getrennt betrachtet. Später wurde der Leistungsblock „Laborleistungen“ von den übrigen Leistungen in der Punktbewertung getrennt. Eine weitere Differenzierung erfolgte durch die getrennte Bewertung einzelner Fachgruppen.

Aus der jährlich verhandelten Gesamtvergütung wird pro Quartal für jede Bewertungseinheit eine Punktschme berechnet. Aus der pro Quartal liquidationsfähigen Punktschme aller Ärzte einer KV ergibt sich der Punktwert in € (früher DM) durch Division des Quartalsbudgets mit der Punktschme (vereinfachte Darstellung).

Pro Quartal reicht der niedergelassene Arzt seine Liquidation für jeden Patienten bei seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung ein. Auf dem Krankenschein des Patienten stehen alle Leistungsziffern, die im Quartal erbracht wurden. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft jeden Krankenschein auf die formale Regelmäßigkeit der Liquidation und streicht ggf. Leistungen mit Regelverstößen heraus. Für jeden Arzt wird pro Krankenkasse und pro Mitgliedsstatus des Patienten (Mitglied/Familienversichert/Rentner) eine Punktschme errechnet. In den verschiedenen Fassungen des EBM in den 90-iger Jahren wurden unterschiedliche Mechanismen verwendet, um die Gesamtpunktzahl des Arztes zu begrenzen (s.u.).

Interne Reglementierung der KV (bis 4/95): Der Mittelwert der Punktschme einer Leistung je 100 Fälle pro Arztgruppe/Fachrichtung dient als Maß für die Abrechnung. Wird der Mittelwert von einem Arzt deutlich überschritten (§8 HVM, §106 SGB V), muß dieser mit Repressionen von Seiten der KV rechnen, es sei denn, er kann die Abweichung mit seiner besonderen Praxissituation erklären. Diese Maßnahme begrenzt nicht die in Rechnung gestellte Gesamtpunktzahl des Arztes kann aber durch Regreßforderungen sein Einkommen reduzieren.

Leistungsbudgetierung (ab 3/96): Bestimmte Leistungen werden zu Gruppen zusammengefaßt. Diese können nur bis zu einer Gesamtpunktzahl (pro Fall und Quartal) erbracht werden bzw. werden nur bis zur Budgetgrenze bezahlt. Das Gesamtbudget unterscheidet sich in den einzelnen Fachgruppen.

Praxisbudget (ab 3/97): Je Patientenstatus (Mitglied/Familienversichert/Rentner) wird eine Gesamtpunktzahl definiert, die pro Quartal für jeden Patienten liquidiert werden kann. Je Fachgruppe wird ein Fallpunktwert errechnet, der die Rechnungsgrundlage für die maximal erreichbare Punktschme für budgetierte Leistungen der Fachgruppe bildet (siehe auch **Gleichung 1** auf Seite 17).

Nach Berechnung der liquidationsfähigen Leistungen des Arztes fließt die Punktschme in die Gesamtpunktschme der Ärzte der KV. Die Gesamtpunktschme der Ärzte ist die Rechengröße für den Punktwert. Nach Errechnen des Punktwertes (ein bis zwei Quartale nach Einreichung der

Liquidation) wird der Punktwert mit der liquidationsfähigen Punktsomme des einzelnen Arztes multipliziert. So ergibt sich der erwirtschaftete Geldbetrag des Arztes pro Quartal.

Jeder Vertragsarzt erhält von der KV eine monatliche Abschlagszahlung, die sich aus dem Verdienst vergangener Jahre bemißt. Nach Bekanntwerden der tatsächlichen monetären Leistungsbewertung wird für das jeweilige Quartal von der KV eine Ausgleichszahlung geleistet oder eingefordert.

3.6. Entwicklung der Vergütungssituation durch gesetzliche Rahmenbedingungen

Bis 1997 gab es insgesamt 46 Gesetze und 6800 Einzelbestimmungen, mit denen der Gesetzgeber im Gesundheitswesen regulierend eingriff (BLAU H 1996: 34). Im Jahre 1988 trat das Gesundheitsreformgesetz in Kraft, dessen Ziel u.a. die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Ärzte war.

Im Jahre 1993 trat die 2. Reformstufe als Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) in Kraft, dessen Aufgabe es wiederum sein sollte, die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen zu begrenzen. Folgende Maßnahmen wurden u.a. im GSG festgeschrieben:

- eine zunächst bis Ende 1995 angelegte (dann aber bis 1998 verlängerte) Budgetierung der Gesundheitsausgaben (Ausgabenbegrenzung)
- Selbstbeteiligung der Versicherten (Zuzahlung bei Medikamenten)
- Einführung von Arzneimittelbudgets
- die Bedarfsplanung der Vertragsärzte und die damit verbundene Zulassungsbeschränkung wurde aus der Selbstverwaltung der KV'en herausgenommen und gesetzlich vorgeschrieben
- Trennung der vertragsärztlichen Versorgung in haus- und fachärztliche Versorgung
- Entwicklung eines „angemessenen“ Honorierungssystems für Vertragsärzte (§72,2 SGB V)
- Änderung der Begriffsdefinition von Kassenarzt in Vertragsarzt

Neben der Beitragsstabilisierung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollte durch Zulassungsbeschränkung und Altersbegrenzung im vertragsärztlichen Bereich eine Honorarstabilisierung erzielt und ein weiterer Verfall des Punktwertes erreicht werden (siehe Abbildung 1:).

Mit der Begrenzung der freien Niederlassung (Übergangsregelung nach altem Recht bis 31.1.1993) kam es bundesweit zu einem Anstieg der Vertragsarztzahlen um 10,2% im Jahre

1993 (BLAU H 1996: 32) in Berlin sogar von über 30% (SCHELLENBERG M 1993: 32) und dadurch zu einem rasanten Punktwertverfall.

Ein weiterer Faktor, der zum Punktwertverfall beitrug, war die Einführung der Patientenchipkarte im Laufe des Jahres 1994. Die Chipkarte sollte die Kommunikation und Information im Gesundheitswesen verbessern. Die Möglichkeit des Patienten, auch ohne Überweisungsschein einen Facharzt aufzusuchen, führte zu einem kontinuierlichen Anstieg der absoluten Fallzahlen. Die Primärinanspruchnahme von Fachärzten, die Mehrfachinanspruchnahme von Hausärzten und/oder Fachärzten der gleichen Fachrichtung wuchs. Auch stieg die Zahl der Arztkontakte pro Patient und Quartal (ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG HRSG 1998).

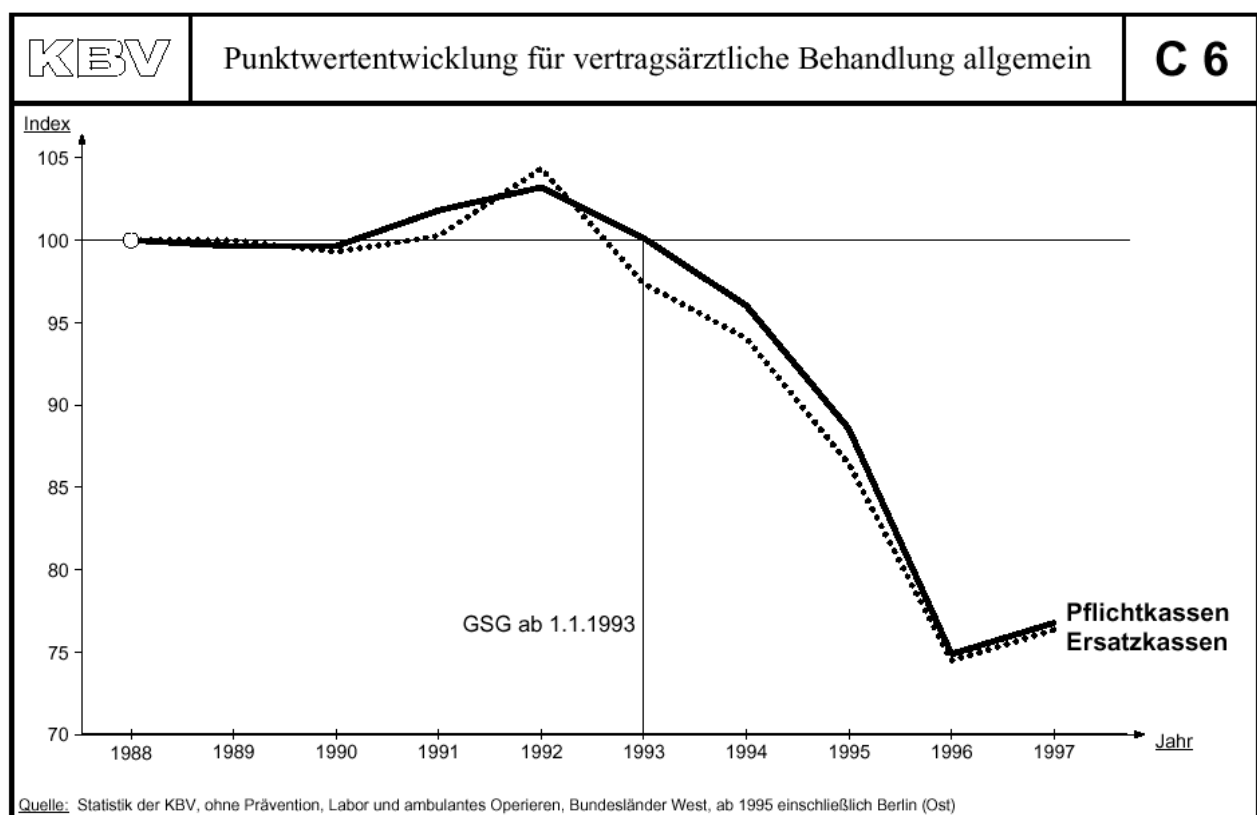


Abbildung 1: Darstellung der Punktwertentwicklung nach Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung mußte bis zum 01.01.1996 den EBM aufgrund der neuen Gesetzeslage komplett überarbeiten und ergänzen. Ein erster Entwurf des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) zeigte bereits wesentliche Prinzipien der Neubewertung vertragsärztlicher Leistungen auf (KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN, HRSG 1994):

- betriebswirtschaftlich kalkulierbare Honorare,

- Vereinfachung der Beschreibung von Leistungskomplexen und
- angemessene Bewertung medizinisch-technischer Leistungen.

Dreh- und Angelpunkt bei der Überarbeitung der ärztlichen Leistungen im EBM war die gesetzlich geforderte Angemessenheit der Vergütung (§ 72 Abs. 2 SGB V) (KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN, HRSG 1994, SCHLITT R 1995). Am Anfang der Überlegung stand, durch betriebswirtschaftliche Kostenrechnungsmethoden das richtige Preis-, Gebühren- und Honorarniveau der ärztlichen Leistungen zu ermitteln. Weiterhin sollte durch fachgruppenbezogene Basiskomplexe und verfahrens- bzw. ablaufbezogene Leistungskomplexe die Abrechnung vereinfacht werden. Im Mai 1995 wurde das neue EBM-Konzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung von der Vertreterversammlung verabschiedet. Wesentliche Kritik am neuen Konzept war, dass aufgrund des Zeitdrucks bei der Entwicklung die neuen Leistungen bzw. Leistungskomplexe eben nicht durch korrekte betriebswirtschaftliche Kalkulationsmethoden, sondern lediglich durch Abrechnungsergebnisse vergangener Quartale bewertet wurden (DTSCH. ÄRZTEBLATT Nr. 22 v. 02.05.1995).

Im Honorarverteilungsmaßstab wurden zum Quartal II/1994 erstmals arztgruppenspezifische Punktwerte ausgewiesen. Zum Quartal IV/1994 wurden Gesprächsleistungen ausgeweitet (EBM-Ziffer 9) und teilweise besser honoriert (EBM-Ziffer 10) sowie eine fallbezogene hausärztliche Grundvergütung eingeführt (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, HRSG 1994b).

Mit Einführung des „neuen“ EBM zum 1.1.1996 (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, HRSG 1996) wurden wesentliche strukturelle Änderungen aus dem GSG umgesetzt. Die reine Einzelleistungsvergütung wurde ersetzt durch eine Kombination aus fallbezogener, fachgruppengetrennter Grundvergütung, Leistungskomplexen und Einzelleistungen. Die Strukturierung der Kapitel des EBM und ein Großteil der Einzelleistungen blieb indes unverändert. Die Abrechnung der Leistungen wurde nun allerdings streng nach Fachrichtungen getrennt. Gesprächsleistungen wurden teilweise deutlich aufgewertet.

Die erste Quartalsabrechnung mit dem neuen EBM kündigte bereits erste abrechnungswirtschaftliche Fehlentwicklungen an. Der Länderausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) wurde am 15.03.1996 berufen, um diesen möglichen Fehlentwicklungen entgegenzuwirken. Hier wurde beschlossen, systemimmanente Fehler des neuen EBM nur durch Änderungen desselben nicht aber über den Honorarverteilungsmaßstab bzw. Plausibilitätskontrollen oder Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu korrigieren. Einer vermuteten Leistungsmengenausweitung vor allem von Gesprächsleistung sollte durch fachgruppenspezifische, fallzahlabhängige Budgets entgegengewirkt werden (KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN, HRSG 4/96: 36). Nach Aus-

wertung der ersten beiden Abrechnungsquartale 1996 bestätigte sich die Fehlentwicklung der Gesamtleistungsausweitung nach Punktwerten um mehr als 30 % (KV-BLATT 7/96: 28). Dem gegenüber stand die politische Entscheidung, die Krankenkassenbeiträge 1996 einzufrieren und 1997 um 0,4 % zu senken. Eine rückwirkende Budgetierung der bereits liquidierten Gesprächsleistungen (u.a. der Ziffer 851) zum 01.01.1996 scheiterte allerdings am Gesetzgeber. Am 30.05.1996 wurde den beiden für die Einführung des neuen EBM hauptverantwortlichen Personen (einem KBV-Vorstandsmitglied und dem Leiter der KBV-Honorarabteilung) vorgeworfen, eine falsche Weichenstellung gesetzt zu haben und ihnen daher das Mißtrauen ausgesprochen.

Mit Wirkung zum 01.07.1996 (Quartal III/96) wurden diverse Teilbudgets eingeführt, so für Leistungsgruppen innerhalb der Inneren Medizin und der HNO. Weiterhin wurden die Gesprächsleistungen nach den Ziffern 10, 11 und 17 zeitlich und wertmäßig um 1/3 gekürzt (von 450 auf 300 Punkte und von 15 auf 10 Minuten). Damit wollte man höchstwahrscheinlich einer generellen Plausibilitätskontrolle sowie Regreßforderungen an alle in Frage kommenden Ärzte vorbeugen.

Im weiteren Verlauf des Jahres 1996 wurde über weitere Veränderungen des EBM nachgedacht, wobei vor allem die Einführung von arztgruppenbezogenen, fallzahlabhängigen Praxisbudgets diskutiert wurde (KV-BLATT 10/96: 12). Ziel sollte die Punktwertstabilisierung durch Leistungsmengenbegrenzung sein. Regionale Besonderheiten sollten in die Berechnungsformeln der Fallpunktzahl mit einfließen. Ein zweiter Rationierungsaspekt sollte die Einführung qualifikationsgebundener Zusatzbudgets sein, so auch für die Liquidation innerhalb der psychosomatischen Grundversorgung.

Die Leistungsmengenausweitung um 30% seit dem Jahr 1996 sei vor allem der vermehrten Abrechnung von Gesprächsleistungen zuzuschreiben (KÖRVER I 1996). So verschob sich die Honorierung hin zu Arztpraxen mit höherem Gesprächsanteil. Arztpraxen mit vorher unterdurchschnittlichen Honoraren realisierten Einkommenszuwächse, während Arztgruppen mit überdurchschnittlichen Einkommen (v.a. Radiologen, Orthopäden) Einkommenseinbußen hinnehmen mußten (BUSSE R, SCHWARTZ FW 1996). Die Fortführung der Budgetierung der Gesundheitsausgaben für die vertragsärztliche Versorgung brachte den Punktwert noch weiter unter Druck. Die in den ersten beiden Quartalen angeforderte Gesamtpunktzahl ging unbudgetiert in die Berechnung des Punktwertes mit ein.

In den folgenden Quartalen wurde die Anzahl der Leistungsbudgets auf weitere Abrechnungsbe-
reiche des EBM ausgedehnt. Unter anderen Gesprächsleistungen wurde die psychosomatische Ziffer 851 je Fachgruppe pro Fallzahl mengenbegrenzt.

3.6.1. Berechnung des Fallpunktwertes (Patientenbudget oder Kopfpauschale)

Die Berechnung des Fallpunktwertes für das Praxisbudget (Def. siehe DTSCH. ÄRZTEBLATT Heft 50, 13.12.1996) sei im folgendem dargestellt: Für das Praxisbudget werden fachgruppenbezogene Fallpunktwerte vergeben, die je budgetierten Leistungskomplex festgelegt werden. Pro Fall/Patient ist eine Liquidation innerhalb des Leistungskomplexes nur noch bis zum Fallpunkt看wert möglich. Die Fallpunktwerte pro Fachgruppe werden über eine bundeseinheitliche Formel (siehe **Gleichung 1**, S. 19) berechnet, es sei denn, es ergibt sich für eine Arztgruppe eine Abweichung von über 3 % von den durchschnittlichen über alle Versicherten berechneten Fallpunktzahlen des EBM (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg. 1997a: 17), dann kommt eine regionale, KV-bezogene Formel zur Anwendung siehe **Gleichung 3**). Ein Arzt hat weiterhin die Möglichkeit, für einzelne Behandlungseinheiten Zusatzbudgets zu beantragen, sofern er im Quartal I und II 1996 eine Mindestabrechnungspunktzahl überschreitet (KV-BLATT 7/97: 14 ff.). Damit vergrößert er seine Fallpunktzahl. Für jede Arztgruppe werden qualifikationsgebundene Zusatzbudgets definiert, die bei entsprechender Qualifikation zusätzlich abgerechnet werden dürfen. Zur Berechnung der Fallpunktzahl für das Zusatzbudget wird eine KV-bezogene Formel verwendet (siehe Gleichung 4).

Um strukturelle Unterschiede der Arztpraxen innerhalb der Fachgruppe auszugleichen, wird die Fallpunktzahl je nach Abweichung vom Fallzahldurchschnitt der Arztgruppe abgestaffelt. Arztpraxen, die den Fallzahldurchschnitt um 50 % unterschreiten, werden in ihrem Praxisbudget um 10 % angehoben, solche, die den Durchschnitt um 50 % überschreiten, um 10 % abgesenkt (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Hrsg 1997b: 16).

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass ältere Patienten einen anderen Leistungsbedarf haben als jüngere, wird der errechnete Fallpunktwert mit einem Faktor multipliziert, der den Anteil am budgetierten Punktvolumen nach Versicherungsstatus aufteilt (M/F: Mitglieder und Familienversicherte, R: Rentner).

$$\text{Fallpunktzahl} = \frac{d(ab^* + c)}{e} \times \frac{100}{8,82^{**}}$$

a = durchschn. Umsatz 1994_{Arztgruppe} je Arzt
 b = durchschn. Kostensatz 1994_{Arztgruppe} in Prozent
 c = Einkünfte_{Arztgruppe} – Betriebsausgaben_{Arztgruppe} je Arzt
 d = Praxisbudgetleistungsvolumen / Gesamtleistungsbedarf (Quartale I und II 1996) in Prozent
 e = durchschn. Fallzahl_{Arztgruppe} je Arzt

* Der durchschnittliche Kostensatz und die Betriebsausgaben je Arztgruppe sind tabellarisch in Anlage 3 Teil B des EBM verfügbar.
 ** Der Wert 8,82 im Nenner der Formel entspricht dem bundesdurchschnittlichen Punktwert in Dpf. des Jahres 1994

Gleichung 1: Berechnung der EBM-Fallpunktzahl für das Praxisbudget (bundeseinheitlich)

$$\text{Fallpunktzahl}_{reg} = \frac{d_{reg}(a_{reg}b + c_{reg})}{e_{reg}} \times \frac{100}{PW_{reg}}$$

a, b, c, d, e : zur Definition siehe oben
 PW : rechnerischer Durchschnittspunktwert 1994 (9,10 Vertragsgebiet West, 7,49 Vertragsgebiet Ost in Dpf.)

Gleichung 3: Berechnung der regionalen EBM-Fallpunktzahl für das Praxisbudget (je KV)

$$\text{Fallpunktzahl}_{M/F} = \frac{f}{h} * \text{Fallpunktzahl}$$

f = Punktzahl je Fall aus budgetierten Leistungen für Versichte mit Status M/F (Quartale I+II/96)

h = Punktzahl je Fall aus budgetierten Leistungen über alle Versicherten (Quartale I+II/96)

$$\text{Fallpunktzahl}_R = \frac{h-f}{h} * \text{Fallpunktzahl}$$

$h - f$ = Punktzahl je Fall aus budgetierten Leistungen für Versicherte mit Status R (Quartale I+II/96)

Gleichungen 4 + 5: Aufspaltung der Fallpunktzahl nach Versicherungsgruppen

$$\text{Fallpunktzahl}_{x,reg} = \frac{p_{x,reg}}{f_{x,reg}}$$

$p_{x,reg}$ = Gesamtpunktzahl (Anforderung) für das Zusatzbudget x innerhalb der KV reg (Quartal I und II 1996)

$f_{x,reg}$ = Zahl budgetrelevanter Fälle (nach Abs. 1.4 EBM)

Gleichung 6: Berechnung der regionalen Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets (KV)

Durch das 2. GKV-NOG³ (§ 85 SGB V) wurde die vertragsärztliche Gesamtvergütung grundlegend neugestaltet und damit die Phase der gesetzlichen sektoralen Ausgabenbudgetierung der Krankenkassen für die ambulante ärztliche Behandlung endgültig verlassen.

Mit dem 2. GKV-NOG wollte der Gesetzgeber die Benachteiligung der Vertragsärzte gegenüber einem Krankenhaus beseitigen und den Kassenärztlichen Vereinigungen im wesentlichen die gleichen Möglichkeiten einer punktwertstabilen Vergütungsvereinbarung mit den Krankenkassen wie dem Krankenhaus einräumen. Eingeführt wurde eine "Regelgesamtvergütung", die immer dann gegebenenfalls unter Inanspruchnahme der Schiedsämter zu vereinbaren ist, wenn sich die Partner der Gesamtverträge nicht auf eine andere Form der Gesamtvergütungsberechnung verständigen können. Damit wurde ein wesentlicher Teil des Morbiditätsrisikos, das unter den bis-

³ gesetzliche Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetz

herigen Budgetbedingungen allein die Vertragsärzte zu tragen hatten, auf die Krankenkassen zurückverlagert und dem Vertragsarzt nach einer mehrjährigen Phase eines unkalkulierbaren Punktwertverfalls für ein zu vereinbarendes begrenztes Punktzahlvolumen wieder ein kalkulierbarer, fest vereinbarter Punktwert garantiert. Gleichzeitig wurde klargestellt, dass die neue Kalkulationsgrundlage langfristig nicht mit dem Praxisbudget zu vereinbaren ist und daher eine erneute Modernisierung des EBM mit Augenmerk auf Leistungskomplexe anzustreben ist.

3.7. Modelle für neue Vergütungssysteme im ambulanten Bereich

Mit dem 2. GKV-NOG (§§63-66 SGB V) werden ab 1998 Möglichkeiten geschaffen, innerhalb der bestehenden Vertragsverhältnisse zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft neue Verfahren zu etablieren, die die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der vertragsärztlichen Versorgung verbessern sollen. In Form von Modellvorhaben können dabei neue Vergütungs-, Finanzierungs-, Organisations- und Verfahrensmodelle zwischen den Vertragspartnern evaluiert werden. Die Dauer der Evaluation ist allerdings auf 8 Jahre begrenzt. Als Beispiel sei das Modellvorhaben „URO-EBM“ genannt, das auf der Idee der bereits im Krankenhaus etablierten Fallpauschalen aufbaut und symptom- und diagnosegestützte Komplexpauschalen entwickelt (Schalkhäuser K 2000).

Unabhängig davon gibt es eine Vielzahl theoretischer Ansätze, die allesamt das Ziel verfolgen, das bisherige Gesundheitssystem in Teilbereichen oder gänzlich zu reformieren. Beim internationalen Vergleich der Honorierungssysteme von Gesundheitssystemen haben sich theoretische Modelle als wertvoll erwiesen, die verschiedene Vergütungsmodelle im Gesundheitssystem miteinander vergleichen und die Intentionen der agierenden Hauptakteure (Ärzteverbände, Sozialversicherungen, Staat etc.) im jeweiligen System herausstellen (ZWEIFEL P 1994).

Zu den Ansätzen, die nach ausländischem Vorbild modellieren, gehören z.B. die AOK-Hausarztmodelle, Praxisnetze und die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg. Diese Ansätze basieren auf der freiwilligen Teilnahme der Ärzte und Patienten. Anreiz für die Patienten ist hier eine Beitragsreduktion oder Beitragsrückerstattung, bei den Ärzten eine Punktwertstabilisierung (BÖHLERT I ET AL 1997). Vor allem Managed-Care-Elemente des schweizer Modells standen für die Entwicklung von Praxisnetzen Pate. Diese Modelle schränken die freie Arztwahl des Patienten ein (§76 SGB V). Im §65a SGB V wird allerdings ausdrücklich ein Bonusssystem für Krankenkassen vorgeschlagen, das Patienten ein Anreizsystem schafft, einen Hausarzt als zentralen Koordinator für alle medizinischen Belange zu wählen.

Das von der DFG geförderte Graduiertenkolleg „Kostengünstige und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung“, welches seit April 1999 besteht und aus dem diese Arbeit hervorgegangen ist,

versucht in interdisziplinärer Arbeit, die aktuellen im Gesundheitsmarkt diskutierten Themenbereiche zu analysieren und valide Grundlagen für eine optimale Allokation der vorhandenen Ressourcen zu schaffen (HENKE KD ET AL. 2001).

In einem Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen wird aus volkswirtschaftlicher Sicht ein erfolgsorientiertes Vergütungssystem beschrieben, das sich vor allem an den gesundheitlichen Resultaten orientiert (KRAUTH CH ET AL 1997).

4. Entwicklung der Psychotherapie und Psychosomatik in Deutschland

4.1. Ausgangssituation

Das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie wurde 1970 in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen und reihte sich damit in die bereits etablierten Pflichtfächer ein. Dabei wurden der nosologische Begriff psychogener Erkrankungen definiert und spezifische Behandlungsmodalitäten innerhalb der Psychotherapie festgelegt. Psychotherapie meint hierbei die von einer Krankheitslehre abgeleitete Art und Weise der Kommunikation zur Behandlung von seelischen Krankheitszuständen (UEXKÜLL TH V 1996).

Die Psychotherapie fand in drei Schritten Einzug in die kassenärztliche Versorgung (FABER FR, HAARSTRICK R 1994).

1967 wurde die erste Psychotherapierichtlinie zwischen der kassenärztlichen Bundesvereinigung und Vertretern der Krankenkassen vereinbart. Damals wurden ausschließlich psychoanalytisch orientierte Therapieverfahren als Behandlungsmethoden zugelassen. Parallel wurde die ärztliche Zusatzbezeichnung "Psychotherapie" eingeführt.

1976 wurde die erste Neufassung der Psychotherapierichtlinie notwendig, da dem Krankheitsbegriff der Reichsversicherungsordnung die chronifizierten Neurosen hinzugefügt wurden und damit in den Aufgabenbereich der gesetzlichen Krankenkassen gelangten.

1987 wurde in der zweiten Novellierung der Psychotherapierichtlinien die Verhaltenstherapie als Bestandteil der Fachpsychotherapie definiert und die psychosomatische Grundversorgung als vorgeschaltete Maßnahme mit aufgenommen.

Wesentliche Aufgabe der psychosomatischen Grundversorgung ist "die frühzeitige differentialdiagnostische Klärung komplexer Krankheitsbilder, eine verbale oder übende Basistherapie psychischer, funktioneller und psychosomatischer Erkrankungen durch den primär somatisch orientierten Arzt und ggf. die Indikationsstellung zur Einleitung einer ätiologisch orientierten Fachpsychotherapie" (zit. n. WIRSCHING M 1991: 39). Abbildung 2 (S. 23) zeigt graphisch den gewünschten diagnostischen und therapeutischen Weg eines psychisch und funktionell-psychosomatisch erkrankter Patienten und ordnet die psychosomatische Grundversorgung in den Kontext der Psychotherapie ein.

Psychotherapie in der ambulanten Versorgung bei Erwachsenen

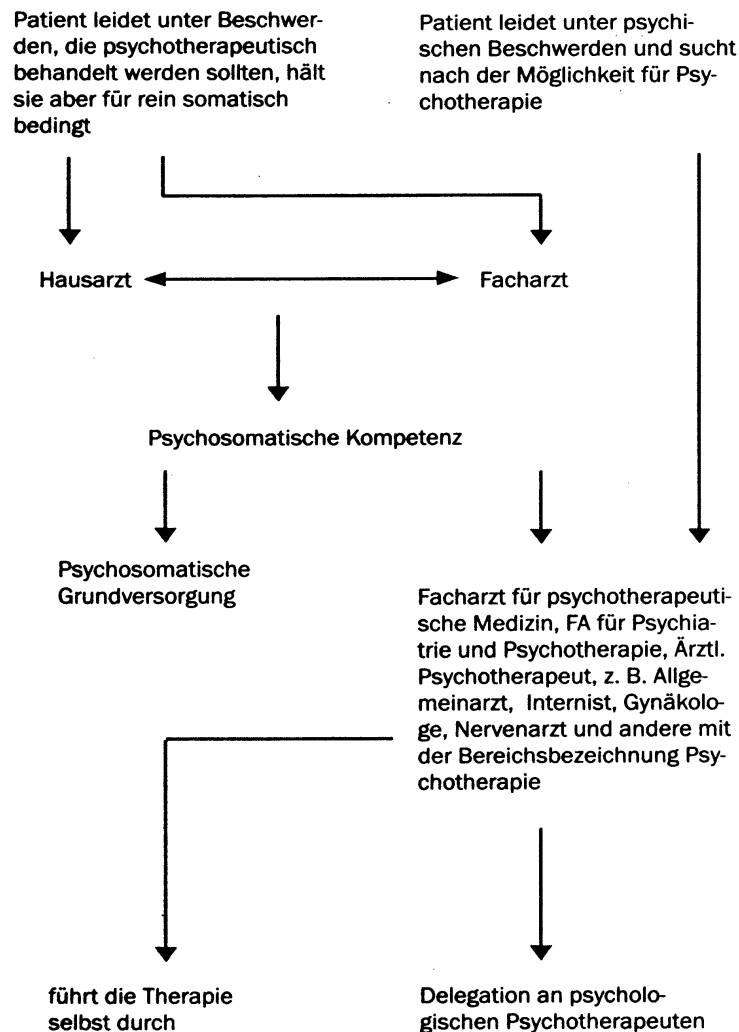


Abbildung 2: Diagnostischer und therapeutischer Weg in der Psychotherapie bei Erwachsenen

4.1.1. Qualifikationsvoraussetzungen

Die ärztliche Psychotherapie/Psychosomatik gliedert sich derzeit in folgende Zusatzqualifikationen (WIRSCHING M 1991, BUNDESÄRZTEKAMMER HRSG. 1997):

Fortbildung psychosomatische Grundversorgung:

Gemäß der geänderten Psychotherapie-Vereinbarungen vom 01.01.1994 gelten für die Qualifikation zur Teilnahme an der psychosomatischen Grundversorgung folgende Voraussetzungen (§2, Abs.6) (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG HRSG 1993):

- eine dreijährige Erfahrung in selbständiger ärztlicher Tätigkeit
- Kenntnisse zur Entwicklung, zu den Erscheinungsformen und den Verläufen psychosomatischer Erkrankungen, einschließlich differentialdiagnostischer Abgrenzungen von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheits- und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung (Coping) und Differentialindikation von Psychotherapieverfahren (20 Unterrichtsstunden)
- Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balint- oder Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer (d.h. bei Balintgruppen mindestens 15 Doppelstunden)
- Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken von mindestens 30-stündiger Dauer und
- weitere mindestens 20 Stunden, die entsprechend den individuellen Gegebenheiten der Intensivierung der unter 2. und 3. erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten dienen können.
- mit der geschilderten Qualifikation darf der niedergelassene Arzt die EBM-Leistungsziffern 850 und 851 abrechnen. Für die weiteren Leistungsziffern (ab 855 ff.) sind weitere Qualifikationen erforderlich.

Bereichsbezeichnung/Zusatzbezeichnung "Psychotherapie":

Die Zusatzbezeichnung erfordert eine dreijährige berufsbegleitende Fortbildung, die 250 Theoriestunden, 150 supervidierte Behandlungsstunden, Balint-Gruppen und Lehrtherapie umfaßt. Hier werden tiefenpsychologisch und verhaltenstherapeutisch orientierte Behandlungsmethoden erlernt und therapeutisch eingesetzt. Die Gruppen- und Familientherapie erfordert einen weiteren Fachkundenachweis.

Bereichsbezeichnung "Psychoanalyse":

Diese Zusatzbezeichnung erfordert eine fünfjährige berufsbegleitende Fortbildung, die insgesamt 400 Theoriestunden und 600 supervidierte Behandlungsstunden sowie Lehranalyse umfaßt. In dieser Zeit werden psychoanalytische Standardtechniken erlernt und eingesetzt.

Gebietsbezeichnung "Psychotherapeutische Medizin":

Die Weiterbildung umfaßt fünf Jahre und beinhaltet das gesamte Spektrum der tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungsverfahren. Neben einem Jahr Weiterbildung in Innerer Medizin und drei Jahre in Psychotherapie/Psychosomatik sind 600

Theoriestunden, 2000 supervidierte Behandlungsstunden sowie Balint-Gruppen und Lehrtherapie für diese Gebietsbezeichnung notwendig.

Damit stehen dem Arzt auf dem Gebiet der Psychodiagnostik und -therapie je nach Ausrichtung ein differenziertes Weiterbildungsangebot zur Verfügung, dessen qualitative Voraussetzungen auf einem hohen Niveau angesiedelt sind.

Neben den ärztlichen Zusatzqualifikationen und dem erst seit 1992 eingeführten “Facharzt für Psychotherapeutische Medizin” sind Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen “Nervenheilkunde” und “Psychiatrie” ebenfalls an der psychotherapeutischen Behandlung der Bevölkerung beteiligt.

4.2. Differenzierung und Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Aus Abschnitt 4.1.1 läßt sich die zunehmende Differenzierung innerhalb der Psychotherapie erkennen. Neben der klassischen psychoanalytischen Ausrichtung finden nun auch verhaltenstherapeutische Behandlungsstrategien Einzug in die Behandlung. Um der diagnostischen aber vor allem therapeutischen Vielfalt gerecht zu werden, wurden fachliche Voraussetzungen und die therapeutische Bandbreite in den Psychotherapierichtlinien (§92,6a SGB V) (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG HRSG 1998) niedergelegt. Die Richtlinien regeln den Umfang der Leistungen nur für Vertragsärzte. Die Qualifikation und der Leistungsumfang der nichtärztlichen Psychotherapie sind im Psychotherapeutengesetz geregelt.

4.2.1. Konsequenz für niedergelassene Ärzte

Innerhalb der Ärzteschaft waren aufgrund der angespannten Honorierungssituation die Bedenken groß, nichtärztliche Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Vergütung teilhaben zu lassen. Vor allem aber wurde Kritik an der zukünftigen Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Versorgung laut. Durch Übergangsregelungen und einer verglichen mit dem ärztlichen Standard niedrigen Nachqualifikationsschwelle konnte eine qualifizierte Behandlung nicht mehr sicher gewährleistet werden (zit. n. KIELHORN R 1997).

4.3. ambulante psychotherapeutische Versorgung und psychosomatische Grundversorgung in Berlin

Bereits Anfang der neunziger Jahre bestätigte *Frau Dr. Kielhorn* (Vorstandsmitglied der Allgemeinen ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie AÄGP und damalige stellvertretende Vorsitzende der KV-Berlin) eine mehr als ausreichende psychotherapeutische Versorgung in Berlin (KV-BLATT 11/90: 373ff). Bei der Bedarfsplanung der niedergelassenen Ärzteschaft durch die KV-Berlin stellte sich bereits 1990 eine Überversorgung mit Nervenärzten und Psychotherapeuten

von 398% heraus. Damals kamen auf 1954 Versicherte ein psychotherapeutisch tätiger Arzt oder nichtärztlicher Psychotherapeut. Die Versorgung lag damit fast fünfmal so hoch wie im gesamten Bundesgebiet (Verhältnis 9522:1).

Die Überversorgungssituation für Psychotherapeuten ging mit einem deutlichen Punktwertverfall für psychotherapeutische Leistungen einher. Für Behandler, die mehr als 90 Prozent psychotherapeutisch tätig sind, war ein nach unten gestützter Punktwert vereinbart worden. Der Punktwert lag 1999 bei etwa 7-8 Dpf., in Berlin dagegen bei 5,7 Dpf.. Die Leistungsbereiche, die gegenüber der KV ohne Delegationsverfahren (Genehmigungsverfahren) zu liquidieren waren (probatorische Sitzungen, Berichterstellung, Testdiagnostik) wurden nicht gestützt; der Punktwert fiel bei diesen Leistungen auf bundesdurchschnittlich 4,4 Dpf, in Berlin sogar auf 1,2 Dpf. (bei den Primärkassen) (BÜHRING P 1997). Psychiater und Kinderpsychiater, die mit einem Praxisbudget belegt waren und diesen Leistungsbereich ebenfalls abrechneten, unterlagen nicht der Punktwertstützung und erhielten für die gleichen Leistungen einen niedrigeren, frei floatierenden Punktwert.

Seit Ende 1991 besteht ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Verbundprojekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ mit Beteiligung der Freien Universität Berlin (Projektleitung Prof. Deter). Ziel dieses Projektes ist es, qualitätssichernde Parameter in der sprechenden Medizin zu erarbeiten und in der Regelversorgung zu etablieren (KV-BLATT 11/95: 36 ff, DECKER O ET AL. 1996).

Die aus den über Fragebogenaktionen gewonnenen Erkenntnisse (DECKER O ET AL. 1996, FRITSCH K, SANDHOLZER H 2000, KIELHORN R 1996, URBAN R 1996) bestätigen eine gute Qualität der psychosomatischen Grundversorgung (PSGV) innerhalb der Berliner und der bundesweiten Ärzteschaft. Allerdings wird durchweg kritisch angemerkt, dass weder eine Budgetierung der PSGV-Leistungen noch ein unregelmäßiger Punktwerteverfall geeignet sind, um Anreize für die Abrechnung dieser Leistungen zu schaffen.

5. Fragestellungen und Hypothesen

Die Basis dieser Arbeit beruht auf ausgewählten, von niedergelassenen Berliner Ärzten erbrachten Leistungsziffern und korreliert diese mit qualitativen und strukturellen Daten des Einzelarztes. Das Datenmaterial beinhaltet den Zeitraum von 1994 bis 1997. Dieser fällt in eine Zeit starker gesundheitspolitischer Änderungen und Einschnitte im Leistungsgeschehen der Ärzte, wie im Kapitel 3.6 ausführlich beschrieben. In dieses Zeitfenster fallen auch Qualitätssicherungsmaßnahmen zur psychosomatischen Grundversorgung, die von Bundesministerium für Gesundheit angeregt wurden (BRUCKS U, WAHL WB 2000, DETER HC 1999).

Aufgrund der vorliegenden Daten wird versucht, folgende Fragen zu klären und gegebenenfalls Änderungsvorschläge zu diskutieren.

In der Vergangenheit wurden bereits Untersuchungen vorgenommen, die das Leistungsgeschehen von Ärzten beschreiben. So untersuchte *W. Klose* (KLOSE J 1993) die Entwicklung der Fallzahlen niedergelassener Ärzte zwischen 1980 und 1993 und betrachtete gleichzeitig, ob es auch Änderungen der Punktwertentwicklung und des Überweisungs- und Einweisungsverhaltens gab. In einer grundsätzlichen Arbeit von *H. Abholz* (ABHOLZ H 1995) wurde die Grundversorgungsstruktur von Allgemeinärzten und Fachärzten untersucht und verglichen. In dieser Arbeit zeigen sich teilweise erhebliche Unterschiede der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungslage zwischen den Fachrichtungen. Es gibt nur wenige Vergleichsstudien zu ärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsformen zwischen alten und neuen Bundesländern. Unterschiede und Gemeinsamkeiten der psychosomatischen Diagnostik und Behandlung finden sich in der Arbeit von *O. Decker* (DECKER O ET AL. 1999). Die Frage, ob sich das Behandlungsergebnis durch verbesserte Qualifizierung positiv beeinflussen läßt, wird von *W. Tress et al.* in verschiedenen Arbeiten kritisch beleuchtet (KRUSE J, TRESS W 2001, TRESS G 1997, TRESS W., KRUSE J 1993). Einige Autoren untersuchen Unterschiede im diagnostischen und therapeutischen Verhalten von männlichen im Vergleich zu weiblichen Ärzten (GLAESMER H, DETER HC 2002, ROTHER D, LIPKIN M, KORSGAARD A 2001, MORABIA A, FABRE J 1992, WALLER K 1988).

Frage 1) Gibt es strukturelle Unterschiede im Abrechnungsverhalten psychosomatischer Leistungen?

Anhand des Datenmaterials werden folgende Hypothesen bezüglich struktureller Parameter überprüft:

Hypothese 1.a.: Männliche Ärzte rechnen Leistungen der PSGV häufiger als Frauen ab

Hypothese 1.b.: Ärzte im Westteil Berlin rechnen Leistungen der PSGV häufiger als ihre Kollegen im Ostteil der Stadt ab

Hypothese 1.c.: Ärzte, die eine große Balintgruppenerfahrung haben, rechnen häufiger Leistungen der PSGV ab als die Kollegen, deren Erfahrung geringer ist

Hypothese 1.d.: Ärzte, die durch eine Fortbildung die Qualifikation zur Abrechnung von Leistungen der PSGV erhalten haben, rechnen häufiger diese Leistungen ab als Ärzte mit anderer Qualifikationsvoraussetzung

Deskriptiv werden die Parameter „Fachrichtung“, „Dauer der Niederlassung“ und „Fallzahl“ hinsichtlich der Abrechnungshäufigkeit überprüft.

Ob eine psychosomatische, wie auch jede andere Leistungsziffer, abgerechnet wird, hängt von weiteren Faktoren ab: Qualifikationsvoraussetzungen müssen vorhanden sein (siehe 4.1.1). Eine Leistung muß einen Wert haben und die Krankheit des Patienten betreffen. Änderungen der Leistungsbewertung und der Leistungsmengenbegrenzung in Form von Budgets könnten die Attraktivität zur Abrechnung beeinflussen. Theoretische Überlegungen, wie sich Honorierungssysteme von Ärzten auf deren Verhalten auswirken, wurden bereits 1981 von *Graf von der Schulenburg* (SCHULENBURG JM GRAF VD 1981) ausgearbeitet. Er entwickelte für verschiedene Honorierungssysteme Prognosefunktionen zum Kosten- bzw. Leistungsverhalten von Ärzten. Es finden sich in dieser Arbeit keine empirischen Daten, die diese theoretischen Überlegungen untermauern. Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens für Schweizer Ärzte wird von P. Zweifel (ZWEIFEL P 1982) ausführlich entwickelt. Dieses gleicht ein theoretisches Verhaltensmodell ärztlichen Handelns unter ökonomischen Gesichtspunkten anhand empirischer Daten mit dem schweizerischen Honorierungssystem ab. Das Modell ist allerdings nur bedingt auf das noch bestehende deutsche System (Abrechnung über Kassenärztliche Vereinigung) anwendbar, da zumindest zum Zeitpunkt der Arbeit Schweizer Ärzte direkt mit den Krankenkassen abrechneten.

Arbeiten, die Aussagen zum bestehenden, deutschen Vergütungssystem für Ärzte treffen und diese ausgehend von theoretischen Überlegungen weiterentwickeln möchten, finden sich u.a. bei (KRAUTH CH ET AL 1997). Die Autoren beurteilen die Leistungsmengenausweitungen innerhalb der liquidierenden Ärzteschaft in den neunziger Jahren. Als Grund dafür wird die Intention des Arztes unterstellt, bei begrenztem Globalbudget den eigenen Anteil daran zu vermehren, bzw. bei gesetztem Leistungsbudget dieses voll auszuschöpfen. Ob sich diese Aussage mit den in meiner Arbeit gewonnenen Daten bestätigen läßt, wird in der Diskussion beleuchtet. Das von *Ch. Krauth* favorisierte ergebnisorientierte Vergütungssystem, soll überhöhtes Abrechnungsverhalten verhindern und die Motivation der ärztlichen Behandlung auf die Gesundung der Patienten richten. Eine neuere Arbeit von *T. Gries* und *D. Langeleh* (GRIES T, LANGELEH D 2003) versucht im bestehenden Gesundheitssystem anreizverbessernde Elemente zu identifizieren und daraus ein

neues, effizienteres System zu gestalten. Dass qualitätsverbessernde Maßnahmen in der psychosomatischen Grundversorgung die Krankheitskosten senken können, wurde in verschiedenen Studien (ZIELKE M 2001, DETER HC, DILG R 2001, SEEFELDT D 2001) untersucht und bestätigt.

Frage 2) Hängt die Abrechnungshäufigkeit psychosomatischer Leistungen von äußeren Faktoren ab?

Zu dieser Frage werden folgende Hypothesen formuliert:

Hypothese 2.a.: Eine verbesserte Leistungsbewertung führt zu höherer Abrechnung – Die Höherbewertung der therapeutischen Leistungsziffer 851 ab dem Jahr 1996 führt zu einer vermehrten Abrechnung dieser Ziffer

Hypothese 2.b.: Die Budgetierung einer Leistung verringert deren Abrechnungshäufigkeit – Mit Einführung von Leistungsgruppenbudgets für Leistungen der PSGV werden die Ziffern 850 und 851 wieder seltener abgerechnet

Hypothese 2.c.: Die Begrenzung der Abrechnung von Leistungen auf bestimmte Arztgruppen führt bei den anderen zur kompensatorischen Abrechnung ähnlicher abrechenbarer Leistungen – Die Begrenzung der Abrechenbarkeit von psychiatrischen Leistungsziffern auf Nervenärzte und Psychiater ab dem Jahr 1996 führt bei den anderen Arztgruppen zu einer vermehrten Abrechnung ähnlicher (psychosomatischer) Leistungsziffern

Bei der ökonomischen Betrachtung des Gesundheitssystems, gerade im Zuge von Gesundheitsreformen hat die Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsbewertung einen besonderen Stellenwert. Die Bedeutung der psychosomatischen Grundversorgung steigt im gleichen Maße mit der Zunahme der psychischen Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung. So stieg der Anteil dieser Erkrankungsgruppe seit 1980 bis 1996 in Bezug auf alle Krankheitsfälle von 1,18 % auf 2,25% (um 75%) (ZIELKE M 2001). Der ambulante Versorgungsgrad bei psychischen Erkrankungen wurde in der Arbeit von F.-W. Schwartz (SCHWARTZ FW ET AL 2001) in einer vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragten Studie untersucht. Am Beispiel der Depression zeigen die Autoren auf, dass bis auf wenige Ballungszentren (z.B. Berlin) eine Unterversorgung in Bezug auf Behandlungszentren und behandelnde Ärzte besteht; andererseits seien Versorgungsmängel im hausärztlichen Versorgungsbereich vorhanden. Sie konstatieren, dass, obwohl sich die Mehrzahl depressiver Patienten in hausärztlicher Behandlung befänden, bei mindestens einem Drittel die Depression nicht erkannt und bei weniger als der Hälfte konsequent behandelt würde. Bei psychogen erkrankten Patienten vermutet W. Tress (TRESS W., KRUSE J 1993), dass 30 bis 50 % dieser Patienten nicht ausreichend diagnostiziert werden. Allerdings stellt er fest, dass „[...] eine Verbesserung des Krankheitswissens nicht identisch mit einer Verbesserung in Diagnostik und Therapie sei“ (zit. n. TRESS W., KRUSE J 1993: 597). Er spricht damit auf die notwendige Ver-

besserung der Behandlungsqualität an, wie sie durch Qualitätsmanagementprogramme erreicht werden könne (DETER HC, DILG R 2001: 565).

In dieser Arbeit wird der subjektiv geschätzte Anteil psychisch erkrankter Patienten des eigenen Klientels mit der tatsächlich diagnostisch und therapeutisch erbrachten Leistungsmenge verglichen. Auf die Unterschiede im Ost-Westvergleich wird gesondert eingegangen (DECKER O ET AL. 1999, DETER HC, DILG R 2001, KÖNIG W, GEYER M 1991). Die besondere Situation in Berlin wurde bereits in Abschnitt 4.4 erwähnt. Ob die in Berlin bestehende Überversorgung mit psychotherapeutischen Leistungsanbietern (KIELHORN R 1996) auch Auswirkungen auf die erbrachte Leistungsmenge jedes einzelnen Arztes hat, wird anhand des zugrundeliegenden Datenmaterials beleuchtet.

Frage 3) Wird die psychosomatische Grundversorgung in dem Maße ausgeübt, wie es dem von Ärzten geschätzten Bedarf entspricht?

Folgende Hypothese soll überprüft werden:

Hypothese 3.a.: Ärzte rechnen seltener Leistungen der PSGV ab als sie es aufgrund der geschätzten Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen am eigenen Patientenkontext könnten.

6. Material und Methoden

6.1. Material

6.1.1. Datensatz der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVD)

6.1.1.1. Inhalte

In den Jahren 1995 bis 1997 liquidierten insgesamt 5133 Berliner Ärzte Leistungen aus dem psychosomatischen Leistungskatalog. Die Abrechnungsdaten dieses Zeitraums (insgesamt 12 Quartale) liegen für jeden Arzt vor und enthalten die Information zur Fallzahl pro Quartal sowie die Anzahl abgerechneter Leistungen, normiert auf 100 Fälle. Die im Datensatz enthaltenen Leistungsziffern entstammen dem Kapitel GII (Ziffern 820-823) und GIII (Ziffern 850-856) des EBM (siehe 3.3). Jeder Arzt wird im Datensatz durch seine Abrechnungsnummer (KV-Nummer) identifiziert und seine Fachrichtung ist in Form eines Schlüssels wiedergegeben (Tabelle 2).

Schlüssel	Fachgruppe	Anzahl	Rel. Anteil in %
0	Restliche	160	3,12%
1	Prakt. Arzt/Allgemeinmedizin	2116	41,22%
2	Augenheilkunde	82	1,60%
3	Frauenheilkunde	526	10,25%
4	HNO	122	2,38%
5	Haut- und Geschlechtskrankheiten	184	3,58%
6	Innere Medizin	901	17,55%
7	Kinderheilkunde	246	4,79%
8	Nervenheilkunde/Psychotherapie	463	9,02%
9	Orthopädie	196	3,82%
10	Urologie	137	2,67%
	Gesamt	5133	100,00%

Tabelle 2: Schlüsseltabelle: Fachrichtungen der KV-Berlin mit Häufigkeitsangaben

Die Fachgruppen sind in Abbildung 4 (S. 32) von links nach rechts der Häufigkeit nach absteigend sortiert als Balkengraphik dargestellt (mittlerer Balken der Gruppe). Zum Vergleich wird einerseits die Häufigkeitsverteilung aller Fachrichtungen in Deutschland 1994 sowie die Verteilung der Fachrichtungen, die dem Kurzfragebogen entnommen wurden, dargestellt.

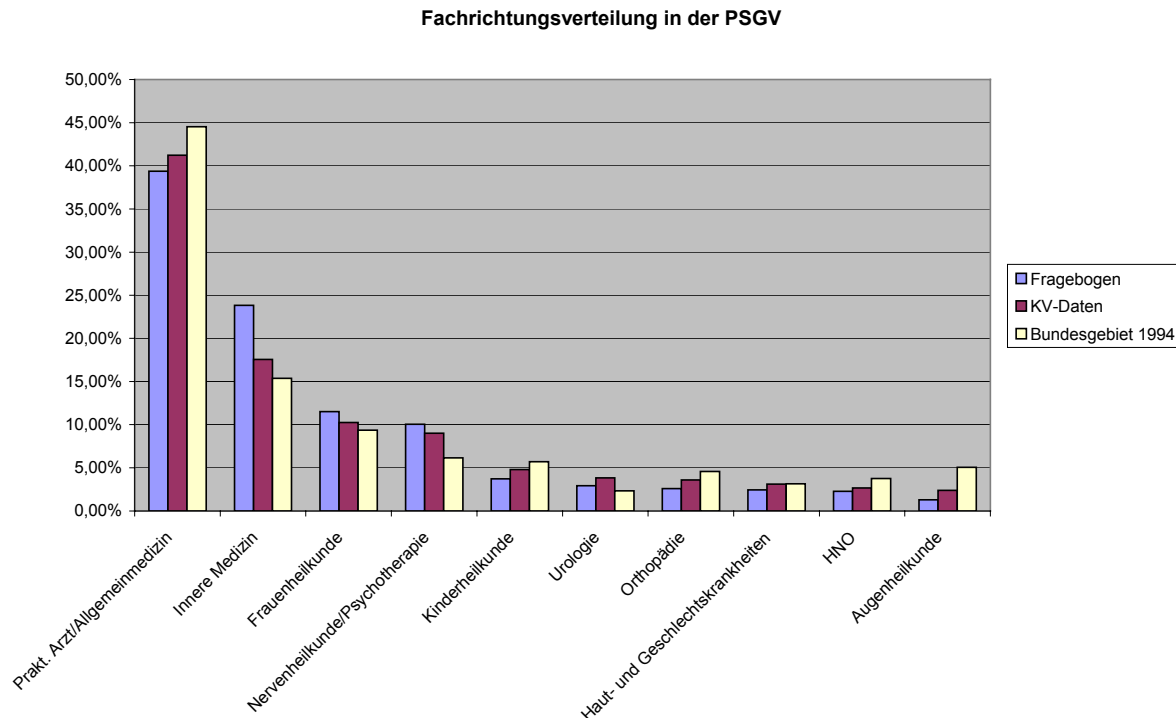


Abbildung 4: Fachgruppenverteilung im Kurzfragebogen und der KV-Daten im Vergleich zum Bundesgebiet

Im Mittel rechneten 3497 ($\pm 165,7$) Ärzte pro Quartal psychosomatische Leistungen in Berlin ab.

6.1.2. Kurzfragebogen (KFB)

6.1.2.1. Datensammlung

Im 4. Quartal 1994 wurde ein Kurzfragebogen (siehe Anlage 0) an 2569 niedergelassene Berliner Ärzte verschickt, die Ziffern der psychosomatischen Grundversorgung (PSGV) im 3. Quartal 1994 abgerechneten (DETER HC, DILG R 1995: 36). Das Verschicken der Briefe erfolgte in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin. 23,6 % der Ärzte ($n=619$) schickten die Kurzfragebögen beantwortet zurück. Eine ausführliche Auswertung des Kurzfragebogens ist in (DECKER O, DETER HC, DILG R 1996) nachzulesen.

6.1.2.2. Beschreibung der Einzeldaten des Kurzfragebogens

Im Fragenblock A werden Fragen zur Praxis gestellt, indem u.a. der Anteil der Patienten mit psychosomatischen Störungen in Prozent geschätzt werden soll. Weiterhin sollen die Altersanteile des Patientenkontingents in Prozent angegeben werden. Aus diesem Fragenblock wird die erste Frage zur Datenanalyse herangezogen: Der Prozentsatz aller psychisch und funktio-

nell/psychosomatisch erkrankten Patienten sowie der Anteil der nur psychosomatisch erkrankten Patienten.

Im Fragenblock B werden Fragen zu den Leistungen im Rahmen der PSGV gestellt. (Als Leistungen werden Leistungsziffern aus dem EBM-Katalog definiert). Die Fragen richten sich nach der Einschätzung des Arztes, ob er eine bestimmte Leistungsziffer im Vergleich zu allen anderen Ärzten der eigenen Fachgruppe unter-, durchschnittlich oder überdurchschnittlich abrechne.

Im Fragenblock C wird die Tätigkeit im Rahmen der PSGV erfragt. Neben der Zufriedenheit in der eigenen Praxis, dem Wunsche nach Ausweitung der ‚sprechenden Medizin‘, der Gewichtung ‚psychosozialer Aspekte‘ werden Fragen zur Qualifikation des Arztes erfragt. Aus den Fragen 5 und 6 wird die theoretische sowie die praktische Qualifikation des Arztes zur PSGV abgeleitet.

Im Fragenblock D wird die Teilnahmebereitschaft am Projekt „Qualität in der psychosomatischen Grundversorgung“ erfragt. Diese Fragen dienen der Akquise für Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen der PSGV.

Im letzten Fragenblock E werden praxisinterne Daten abgefragt, die u.a. das Alter des niedergelassenen Arztes, die Dauer seiner Niederlassung, Geschlechts- und Fachrichtungsangaben und ggf. eine Zusatzqualifikation beinhalteten. Diese Angaben werden in die Analyse aufgenommen.

6.1.3. Quartalsstatistik für Allgemeinmediziner der KV-Berlin

Diese Daten wurden freundlicherweise von einem niedergelassenen Allgemeinmediziner zur Verfügung gestellt. Inhaltlich beschreibt die Quartalsstatistik das Abrechnungsverhalten eines Arztes im Vergleich zur eigenen Fachgruppe. Der Vergleich setzt die individuelle Abrechnungshäufigkeit jeder abgerechneten Leistungsziffer des Arztes ins Verhältnis zur übrigen Fachgruppe und weist die prozentuale Abweichung sowie die Vergleichswerte aus. Die Quartalsstatistik wird für jeden niedergelassenen Arzt individuell erstellt und einzeln zugesandt. Insgesamt werden 12 Quartalsstatistiken (Quartale I/95 bis IV/97) in die Auswertung mit einbezogen. Diese Statistiken dienen der Validierung der errechneten Mittelwerte aus dem KV-Datensatz.

6.1.4. Arztregister Berlin

Um die KV-Daten um die Merkmale Geschlecht und Stadtteil des Praxissitzes zu ergänzen wird das Arztregister herangezogen, das von der KV-Berlin zur Verfügung gestellt wird. Die Tabelle des Arztregisters Berlin (Stand 1997) mit n = 5921 Einträgen enthält die Merkmale:

- KV-Nummer der Arztpraxis
- Vorname, Nachname, Adresse (inkl. Postleitzahl) der Arztpraxis

- Fachrichtung

Aus der Tabelle werden folgende Merkmale übernommen bzw. umgesetzt (Darstellung durch →) :

- KV-Nummer → KV-Nummer
- Vorname → Geschlecht
- Postleitzahl → Stadtteil Berlins (Ostteil, Westteil)
- Fachrichtung → Fachrichtung

Es werden alle Einträge entnommen, deren KV-Nummer eindeutig vorhanden sind. Bei mehrfachem Auftreten der KV-Nummer (Gemeinschaftspraxis: Nennung aller Ärzte) wird der jeweils erste Eintrag genommen. Dabei wird hingenommen, dass es zu leichten Veränderungen der Geschlechtsverteilung pro KV-Nummer kommt.

6.2. Methoden

6.2.1. Aufbereitung der Daten

Zur Beantwortung der Fragen werden die Daten aus den verschiedenen Tabellen zusammengeführt (siehe Abbildung 4). Nur die für die Auswertung notwendigen Datenspalten finden dabei Berücksichtigung. Aus Datenschutzgründen werden alle Angaben nach Anonymisierung gelöscht, die Rückschlüsse auf den einzelnen Arzt zulassen. Im folgenden sei dieses Vorgehen skizziert.

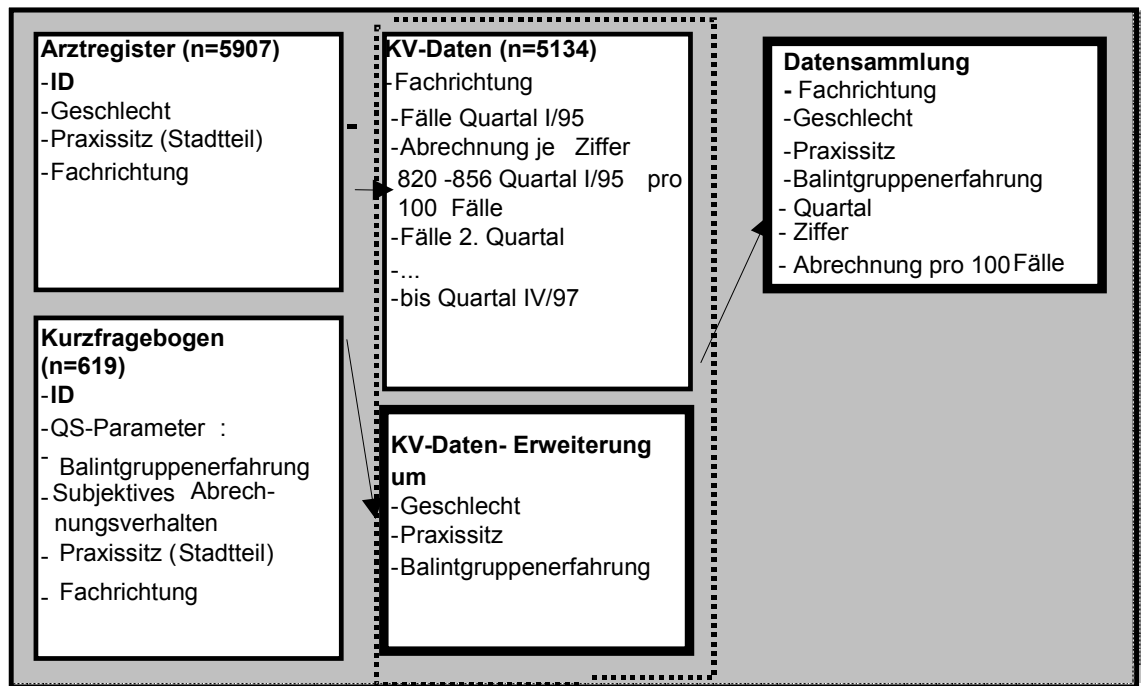


Abbildung 6: Aufbereitung des Datenmaterials

6.2.1.1. Erzeugung und Anonymisierung der Schlüsselspalte (KV-Nummer → ID)

Alle unterschiedlichen KV-Nummern aus der KV-Daten-Tabelle, dem Arztregister und dem Kurzfragebogen werden extrahiert. Die KV-Nummern werden numerisch aufsteigend sortiert und mit einer eindeutigen laufenden Nummer versehen. Über diese erzeugte Tabelle wird jede KV-Nummer aus den Tabellen KV-Daten, Arztregister und Kurzfragebogen durch die der KV-Nummer zugeordneten eindeutigen Nummer ersetzt. Anschließend wird die Umsetzungstabelle gelöscht.

6.2.1.2. KV-Daten

Diese Tabelle dient als Haupttabelle. Alle Spalten dieser Tabelle werden zur Auswertung herangezogen und übernommen. Die Angabe Fallzahl/pro Quartal wird um eine zusätzliche Spalte ergänzt, die die klassifizierten Fallzahlen je 500 Fälle enthält.

6.2.1.3. Kurzfragebogen

Die Fragebögen liegen in Papierform vor (siehe 0). Diese werden eindeutig fortlaufend nummeriert. Bei der DV-technischen Umsetzung wird jeder Fragebogen als Datensatz erfasst, wobei jede Einzelfrage als Datenspalte umgesetzt wird. Die Antwortmöglichkeiten werden nominal, ordinal,

numerisch oder freitextlich umgesetzt. Jede KV-Nummer wird durch die jeweilige eindeutige Nummer (ID) der Umsetzungstabelle ersetzt (Abbildung 6).

Spalten:

- die Frage A.1. nach dem Anteil der Patienten mit psychischen und/oder funktionell psychosomatischen Erkrankungen wird direkt übernommen.
- aus der Unterfrage von A.1. nach dem Anteil funktionell psychosomatischer Erkrankungen am Gesamtanteil psychischer/funktioneller Erkrankung wird dieser Wert mit dem Gesamtanteil multipliziert und durch 100 geteilt. Das Ergebnis (geschätzter Anteil psychosomatischer Erkrankungen am gesamten Patientenkontinuum) wird als neue Spalte ergänzt.
- subjektive Einschätzung der Abrechnungshäufigkeit der EBM-Ziffern 820, 821, 822, 823, 850, 851, 855 und 856 (Fragen B.3. und B.4.).
Die jeweilige Antwort wird in die ordinalen Klassen „unterdurchschnittlich“, „durchschnittlich“, „überdurchschnittlich“ bzw. „nicht beantwortet“ umgesetzt.
- Balintgruppenerfahrung
Dieses Kriterium wird aus der Frage C.5. des Fragebogens erzeugt. Dabei wird die Antworten „Nein“, „bis 10“ und „11-20“ in die Klasse „geringe Erfahrung“ und übrigen Antworten in die Klasse „hohe Erfahrung“ umgesetzt.
- die Antworten zur Frage C.6., über welche theoretische Qualifikation der Arzt verfügt, wird durch Umwandlung in eine Spalte überführt, bei der das Kriterium „Zusatztitel Psychotherapie“ vor dem Kriterium „Fortbildung“ und vor dem Kriterium „Übergangsbestimmung“ eingetragen wird. Die erzeugte Spalte gibt die theoretische/formale Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung wieder.
- Dauer der Niederlassung
Die Frage E.2. wird zur Berechnung der Niederlassungsdauer herangezogen. Die Jahresangabe der Niederlassung wird von 1994 (Erhebungsjahr) subtrahiert und als Spalte ergänzt.
- eine weitere Datenspalte wird erzeugt, welche die Niederlassungsjahre in Klassen von jeweils fünf Jahren gruppiert.
- sind Daten zum Geschlecht und zum Stadtteil der Niederlassung verfügbar, so werden diese Angaben als Ergänzung und zur Plausibilitätskontrolle gegenüber dem Arztregister verwendet.

6.2.1.4. Arztregister

Aus dem Datensatz werden folgende Merkmale übernommen bzw. umgesetzt:

- Vorname → Geschlecht
Zur Ermittlung des Geschlechts werden alle unterschiedlichen Vornamen der Tabelle extrahiert. Anschließend wird jeder Vorname um das jeweilige Attribut männlich bzw. weiblich ergänzt. Das Geschlechtsattribut wird je Daten eingefügt, der Name gelöscht.
- Postleitzahl → Stadtteil Berlins (Ostteil, Westteil)
Alle unterschiedlichen Postleitzahlen werden extrahiert. Jede Postleitzahl wird um das Attribut Stadtteil Berlins (Ostteil, Westteil) mit Hilfe der graphischen Übersicht Berlins aus dem Postleitzahlenverzeichnis für Deutschland ergänzt. Das Attribut wird je Datensatz ergänzt, die komplette Adresse anschließend gelöscht.

6.2.1.5. Zusammenführung der Tabellen

Die modifizierten Tabellen werden nach der laufenden ID aufsteigend sortiert. Es werden alle Einträge entnommen, deren ID eindeutig vorhanden ist. Bei mehrfachem Auftreten der ID (Gemeinschaftspraxis: Nennung aller Ärzte) wird der jeweils erste Eintrag genommen. Dabei wird hingenommen, dass es zu leichten Veränderungen der Geschlechtsverteilung pro ID kommt. Alle so gewonnenen Spalten aus den jeweiligen Tabellen werden über die ID miteinander verbunden. Anschließend werden die zugrundeliegenden Tabellen gelöscht bzw. entfernt. In der erzeugten Tabelle repräsentiert jede Datenzeile einen (anonymisierten) Arzt.

Zur besseren DV-technischen Verarbeitung wird die so erzeugte Tabelle in eine weitere Form überführt (Abbildung 1, Datensammlung rechts). Die quartalsbezogene Angabe je Ziffer wird in eine einzelne Spalte überführt und um die Spalten „Quartal/Jahr“, „Fälle“ und „Ziffer“ ergänzt. Alle ID-bezogenen Angaben werden je Datenzeile ergänzt. Jede Datenzeile der so erzeugten Tabelle repräsentiert die Abrechnungsangabe (pro 100 Fälle) einer Ziffer, eines Quartals bezogen auf einen Arzt (ID) mit allen weiteren notwendigen Attributen. Ein Arzt bzw. eine ID kann in den zu überprüfenden 12 Quartalen maximal 12 Datenzeilen erzeugen. Die so erzeugte Datensammlung umfaßt n=88672 Datensätze.

6.2.2. KV-Statistik

Zur Validierung der eigenen Ergebnisse wird Ziffernstatistik der KV-Berlin herangezogen. Diese wird für jeden Vertragsarzt individuell erstellt und mit der Quartalsabrechnung zugesandt. Sie enthält die Abrechnungshäufigkeiten aller Ziffern, die der Arzt im Quartal liquidierte sowie

fachgruppenspezifische Vergleichsdaten. Die Häufigkeit der eigenen Ziffern werden einmal als Absolutwerte und bezogen auf 100 eigene Fälle dargestellt. Die erreichten Punkte pro Ziffer stehen in einer separaten Spalte. Die Vergleichsdaten zeigen, wie häufig die Kollegen der eigenen Fachrichtung sowie aller Ärzte die jeweilige Leistungsziffer erbrachten. Die abgerechneten Ziffernhäufigkeiten werden angegeben als ‚arithmetische‘ Abweichung in Prozent.

6.2.3. Gruppenbildung

Um die 2. Frage zu beantworten, werden die Datensätze wie folgt gruppiert:

- Fachrichtung: Als Kriterium „Fachrichtung“ wird die Definition aus dem KV-Datensatz genommen.
- Qualifikation zur Abrechnung psychiatrischer Ziffern:
Seit dem 01.01.96 dürfen nur Ärzte der Fachrichtungen Psychiatrie, Psychotherapie oder Ärzte mit einer entsprechenden Weiterbildung in der Psychotherapie die Ziffern 820-823 abrechnen. Die Daten werden daher wie folgt gruppiert:
- Ärzte der Fachrichtungen Psychiatrie oder Psychotherapie,
- Ärzte der übrigen Fachrichtungen, die ab dem 1. Quartal 1996 mindestens einmal eine der Ziffern 820-823 abgerechnet haben (Ärzte mit Weiterbildung in der Psychotherapie)
- Ärzte der übrigen Fachrichtungen, die ab dem 1. Quartal 1996 nicht mehr die Ziffern 820-823 abrechnen durften
- Stadtteil der Niederlassung (Ostteil und Westteil Berlins)
- Geschlecht (männlich, weiblich)
- Balintgruppenerfahrung (gering, hoch)
- Dauer der Niederlassung (in Gruppen zu je 5 Jahren)
- Fallzahl (in Gruppen von je 500 Fällen)

6.3. Statistische Verfahren

Die Datenanalyse wird mit dem EDV-Programm SPSS (Version 8) durchgeführt. Die graphische Darstellung erfolgt mit SPSS und der Software Microsoft Excel (Version 97). Zunächst wird das vorhandene Datenmaterial anhand von Kennzahlen (Häufigkeit, Mittelwert, Streuung) beschrieben und graphisch dargestellt. Dabei werden die Gruppen gesondert dargestellt.

6.3.1. Prüfung des Zielwertes auf Normalität

Die Verteilung des Zielwertes: „Abrechnung der Ziffer x des Arztes y im Quartal z (je 100 Fälle) wird mit dem Kolmogoroff-Smirnow-Test auf Normalverteilung geprüft.

6.3.2. Wahl geeigneter Prüfverfahren

Der Vergleich der klassifizierten Daten (Geschlecht, Stadtteil der Niederlassung, Balintgruppen-erfahrung) wird in Kreuztabellen durchgeführt. Als Testverfahren dienen der Chi-Quadrat-Test und der McNemar-Test. Gruppenvergleiche bezogen auf den Zielwert erfolgen durch verteilungsfreie Verfahren für unverbundene Stichproben: Beim Vergleich zweier Gruppen wird der U-Test nach Wilcoxon, beim Vergleich mehrerer Gruppen der H-Test nach Kruskal-Wallis angewendet. Um Unterschiede hinsichtlich der ersten Fragestellung zu beantworten, werden als Zielgröße nur die Daten des 1. Quartals 1995 herangezogen.

Die Trendanalysen werden mit dem Test für mehrere geordnete Verteilungsfunktionen (Jonckheere-Trendtest) durchgeführt. Zusätzlich werden die Quartalsübergänge IV/95 – I/96 und II/97 – III/97 gesondert geprüft, da es hier zu grundsätzlichen Änderungen des Bewertungsmaßstabs durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung kam. Als statistisches Verfahren wird der Test für 2 verbundene, verteilungsfreie Stichproben ebenfalls mit dem U-Test nach Wilcoxon durchgeführt.

7. Ergebnisse

7.1. Darstellung des Datenmaterials

Aus der Zusammenführung der Tabellen: KV-Daten (n=5133), Kurzfragebogen (n=619) und Arztregister (n=5918) können über den gemeinsamen Schlüssel (ID) insgesamt 5170 Einzeldatensätze gebildet werden. Diese hohe Zahl kommt dadurch zustande, dass alle verfügbaren Datensätze des Kurzfragebogens in die Auswertung übernommen werden. So finden sich in der erzeugten Tabelle auch Datensätze ohne Schlüsselverknüpfung.

Die KV-Daten können mit dem Arztregister in 5100 Fällen verknüpft werden. Die Verknüpfung zwischen KV-Daten und dem Kurzfragebogen gelingt in 516 Fällen.

7.1.1. Verteilung männlicher und weiblicher Ärzte in Berlin

Die Geschlechtsverteilung psychosomatisch abrechnender Ärzte ist in Berlin etwa gleichverteilt.: 50,4% der männlichen Ärzte (n=2009) und 49,6% der weiblichen Ärzte (n=2081) werden in die Auswertung einbezogen (Tabelle 3).

		Berlin-Teil		Total
		Westteil	Ostteil	
Geschlecht	Männlich	1504	505	2009
	Weiblich	994	1087	2081
Total		2498	1592	4090

Tabelle 3: Kreuztabelle: Stadtteil und Geschlecht

7.1.2. Verteilung der Ärzte im Ostteil und im Westteil Berlins

61,1% der erfaßten Ärzte (n=2498) haben ihren Praxissitz im Westteil Berlins und nur 38,9% (n=1592) im Ostteil.

7.1.3. Fachrichtungsverteilung

Die Fachrichtungsverteilung der psychosomatisch abrechnenden Ärzte zeigt Abbildung 4. Die Allgemeinmediziner/Praktischen Ärzte stellen mit 41,2% die größte Gruppe dar. Es folgen die Internisten und Frauenärzte. Fachärzte für Nervenheilkunde/Psychotherapie haben an der Gesamtgruppe einen Anteil von 7,5%. Diese Verteilung entspricht etwa den Fachrichtungsverhältnissen aller Ärzte in Berlin. Die Fachrichtungsverteilung derjenigen Ärzte, die den Kurzfragebogen beantwortet haben, unterscheidet sich ebenfalls nicht signifikant von derjenigen der KV-Daten. Allenfalls Fachärzte für Innere Medizin und für Frauenheilkunde sind

bei der Beantwortung der Fragen etwas überrepräsentiert. Vergleicht man beide Stadtteile hinsichtlich der Fachrichtungsverteilung (Abbildung 7), so sind die Verhältnisse vergleichbar. Allenfalls die Gruppe Nervenheilkunde/Psychiatrie ist im Ostteil der Stadt gegenüber dem Westteil unterrepräsentiert.

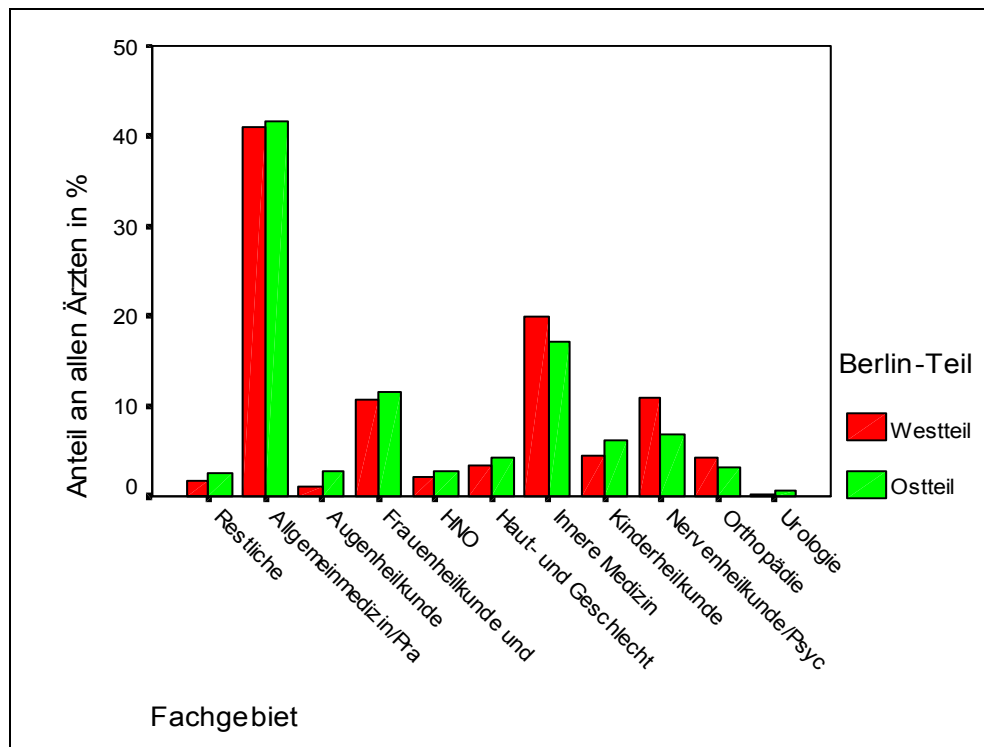


Abbildung 7: Fachrichtungsverteilung in beiden Stadtteilen (ungeordnet)

7.1.4. Vergleich der Niederlassungsjahre in beiden Stadtteilen Berlins

Im Vergleich der Niederlassungsjahre unterscheiden sich beide Stadtteile deutlich voneinander (Abbildung 8). Während im Westteil eine flache, mehrgipflige Verteilung über die letzten 30 Jahre zu erkennen ist, haben sich im Ostteil Berlins viele Ärzte erst nach der Maueröffnung ab 1990 niedergelassen. Hier liegt das Niederlassungsmaximum der befragten Ärzte im Jahr 1991 (niedergelassen seit drei Jahren).

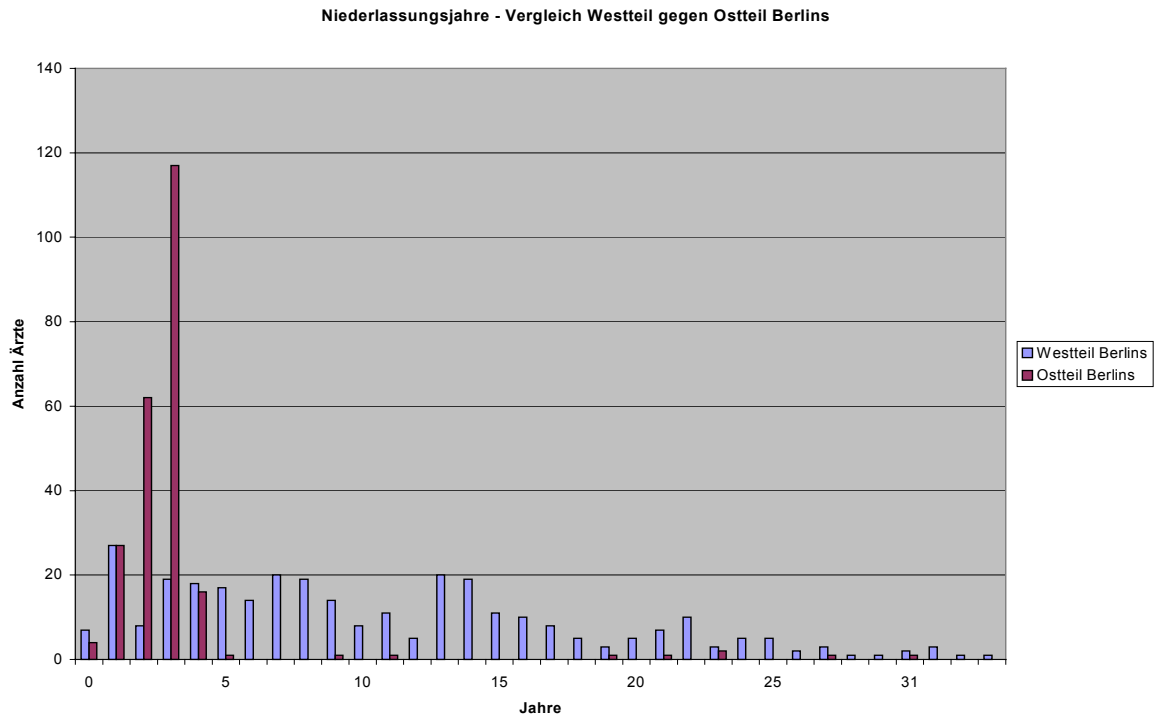


Abbildung 8: Niederlassung in Jahren (seit 1994), Darstellung beider Stadtteile

7.1.5. Vergleich der Geschlechtsverteilung in beiden Stadtteil

Die Geschlechtsverteilung unterscheidet sich in beiden Stadtteilen signifikant ($\chi^2=312,181$, $p<0,01$). Während im Ostteil die Geschlechtsverteilung etwa ausgeglichen ist, sind im Westteil Berlins deutlich mehr männliche Ärzte niedergelassen (siehe Abbildung 9).

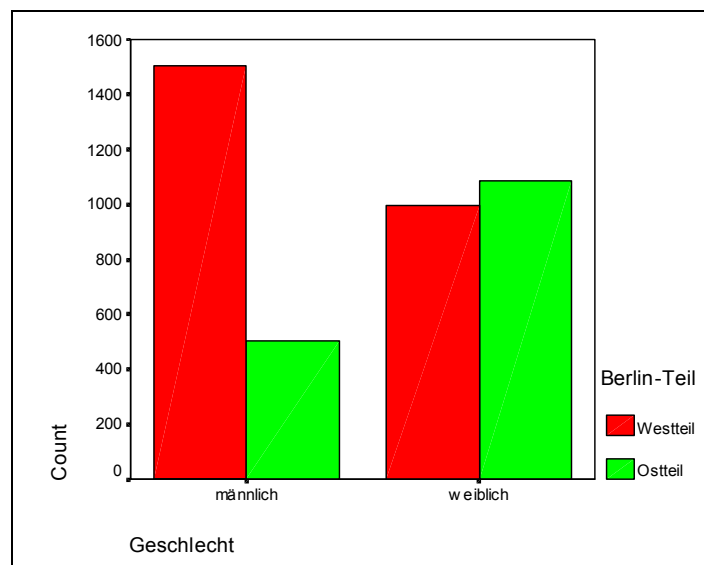


Abbildung 9: Verteilung der niedergelassenen Ärzte in den Stadtteilen Berlins, nach Geschlecht getrennt

7.1.6. Vergleich der Qualifikation zur PSGV in beiden Stadtteil

Die theoretische Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung wird bei 66,2% der befragten Ärzte (n=288) durch Fortbildungsveranstaltungen oder Kurse erworben (Abbildung 10). 26,0 % (n=113) erwirbt die Möglichkeit zur Abrechnung psychosomatischer Leistungen über die Facharztweiterbildung zur Nervenheilkunde/Psychotherapie oder durch Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Kinderpsychiatrie. Nur 7,8% der befragten Ärzte dürfen per Übergangsregelung ohne zusätzliche Qualifikation Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung abrechnen.

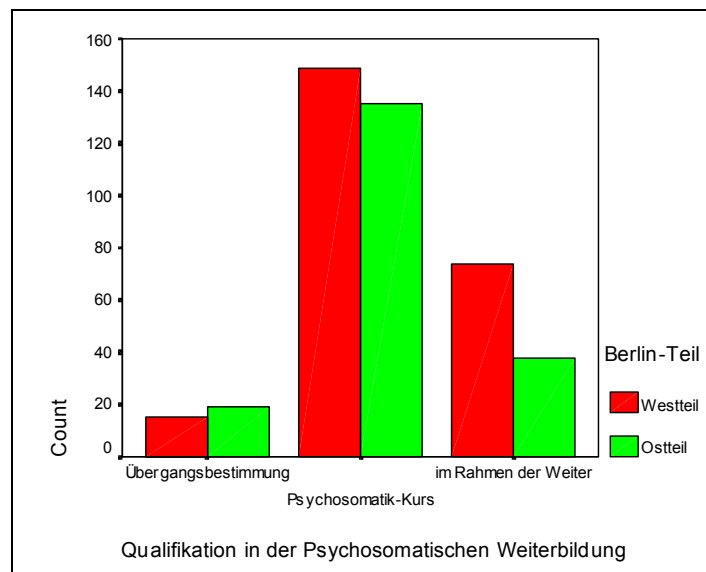


Abbildung 10: formale Qualifikation in beiden Stadtteilen

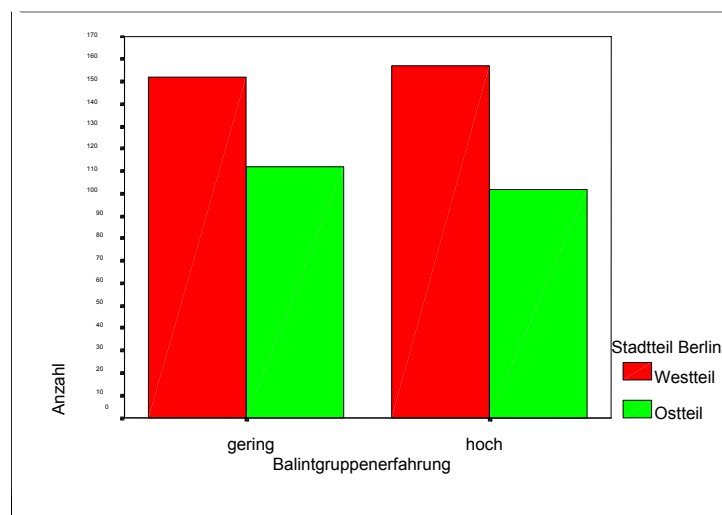


Abbildung 12: Balintgruppenerfahrung, Vergleich beider Stadtteile

Als weiteres Qualifikationskriterium kann bei 529 Ärzten die Anzahl der besuchten Balint-Theoriestunden erfragt werden (Abbildung 12). 49,5% der Ärzte (n=262) werden mit „hoher

Erfahrung“, 50,5% (n=267) mit „geringer Erfahrung“ in der psychosomatischen Grundversorgung klassifiziert (zur Definition siehe 6.2.1.3).

	Geringe Balintgruppenerfahrung	Hohe Balintgruppenerfahrung	Gesamt
Männlich	143	124	267
Weiblich	123	138	261
Gesamt	266	262	528

Tabelle 4: Kreuztabelle: Vergleich zwischen Arztgeschlecht und Balintgruppenerfahrung

	Geringe Balintgruppenerfahrung	hohe Balintgruppenerfahrung	Gesamt
Ostteil	112	102	214
Westteil	152	157	309
Gesamt	264	259	523

Tabelle 5: Kreuztabelle: Vergleich zwischen Stadtteil und Balintgruppenerfahrung

	Übergangsbestimmung	Psychosomatik-Kurs	Weiterbildung	Gesamt
Männlich	19	130	60	209
Weiblich	15	158	52	225
Gesamt	34	288	112	434

Tabelle 6: Kreuztabelle: Vergleich zwischen Arztgeschlecht und Qualität in der PSGV

	Übergangsbestimmung	Psychosomatik-Kurs	Weiterbildung	Gesamt
Ostteil	19	135	38	192
Westteil	15	149	74	238
Gesamt	34	284	112	430

Tabelle 7: Kreuztabelle: Vergleich zwischen Stadtteil und Qualität in der PSGV

Hinsichtlich des Geschlechts bestehen keine signifikanten Unterschiede in der Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung ($\chi^2=3,179$, $p>0,05$). Auch die Balintgruppenerfahrung ist zwischen männlichen und weiblichen Ärzten gleich ($\chi^2=2,184$, $p>0,05$). In den Stadtteilen Berlins bestehen keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Balintgruppenerfahrung ($\chi^2=0,5$, $p>0,05$). Nur der Anteil der Ärzte, die über eine Facharztweiterbildung die Berechtigung zur Abrechnung psychosomatischer Leistungen erworben haben, ist im Ostteil signifikant niedriger als im Westteil der Stadt ($\chi^2=7,902$, $p=0,019$).

7.1.7. Untersuchung der Abrechnungsspalten auf Normalverteilung

Jede Abrechnungsspalte wird in ihrer Gesamtheit und gruppenbezogen auf Normalverteilung geprüft. Die Prüfung ergibt für alle Abrechnungsziffern, alle Quartale in ihrer Gesamtheit und nach Gruppentrennung signifikante Unterschiede zur Normalverteilung. Die Abrechnungsverteilung ist linksschief (Abbildung 14). Das Abrechnungsvolumen (bezogen auf 100 Fälle) ist näherungsweise umgekehrt proportional zur Anzahl der abrechnenden Ärzte. Die vergleichende Statistik wird daher nur mit verteilungsfreien Tests durchgeführt.

In Abbildung 10 ist die Abrechnungsverteilung für alle bewerteten Ziffern und alle Fachrichtungen über die 12 Quartale exemplarisch dargestellt.

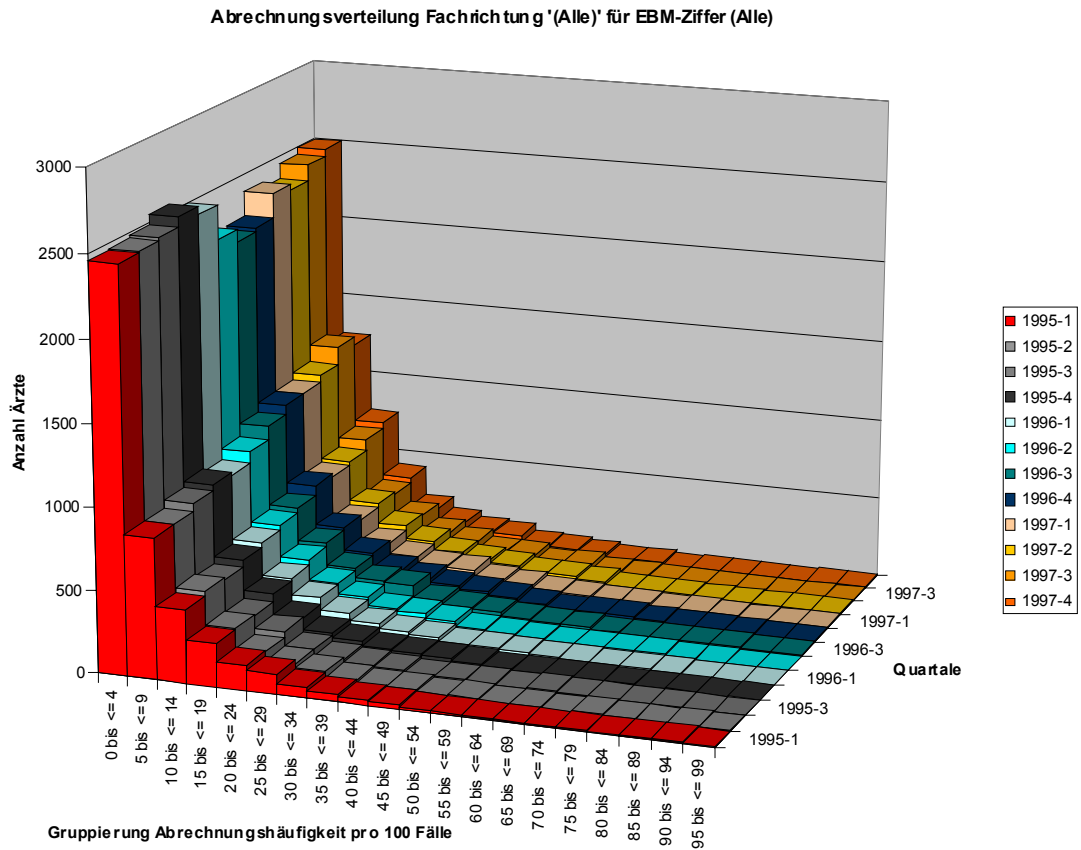


Abbildung 10: Abrechnungsverteilung aller psychosomatischer Ziffern über 12 Quartale

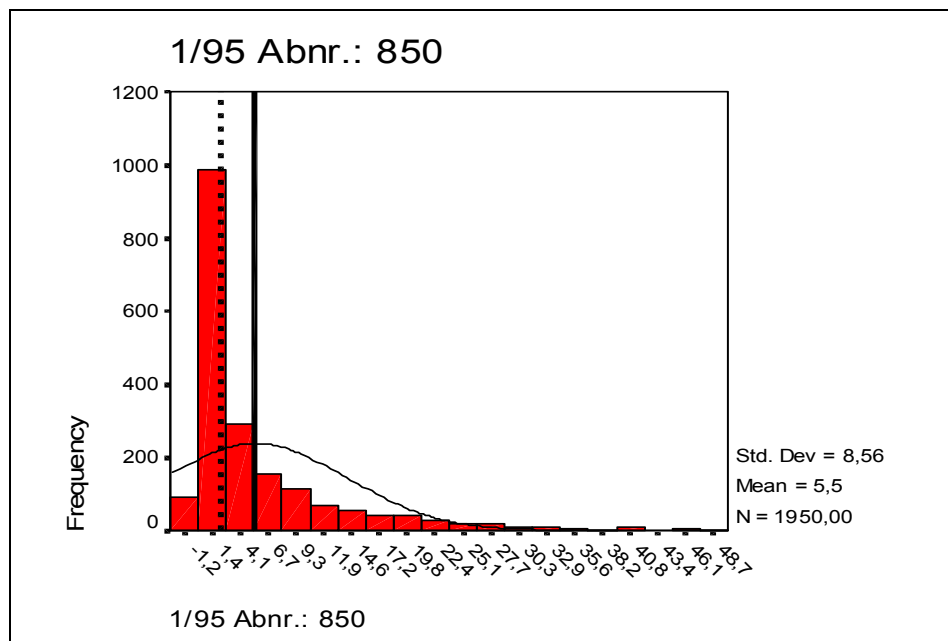


Abbildung 14: Abrechnungsverteilung Ziffer 850 im Quartal I/1995 (senkrechte Punktlinie = Median, senkrechte durchgezogene Linie = Mittelwert)

7.1.8. Schätzung der Fachgruppen zur Frage der Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen in der Arztpraxis

Der Anteil der Patienten mit psychischen und funktionell-psychosomatischen Störungen wird von allen befragten Ärzten im Mittel auf 43,4 % geschätzt. Dabei unterscheiden sich die Antworten der einzelnen Fachrichtungen erheblich voneinander (siehe Abbildung 12). Hierbei wird deutlich, dass über alle Fachrichtungen hinweg der Anteil der psychosomatisch erkrankten Patienten von allen psychisch Erkrankten nur etwa ein Drittel ausmacht. Der geschätzte Anteil liegt in dieser Untersuchung im Mittel bei 15 %, wobei die Fachgruppe Psychiatrie/Psychotherapie/Nervenheilkunde mit 25 % den größten Anteil schätzt. Diese Häufigkeitsverteilung wird weiter unten mit den Abrechnungshäufigkeiten psychosomatischer Leistungsziffern verglichen (siehe 7.4).

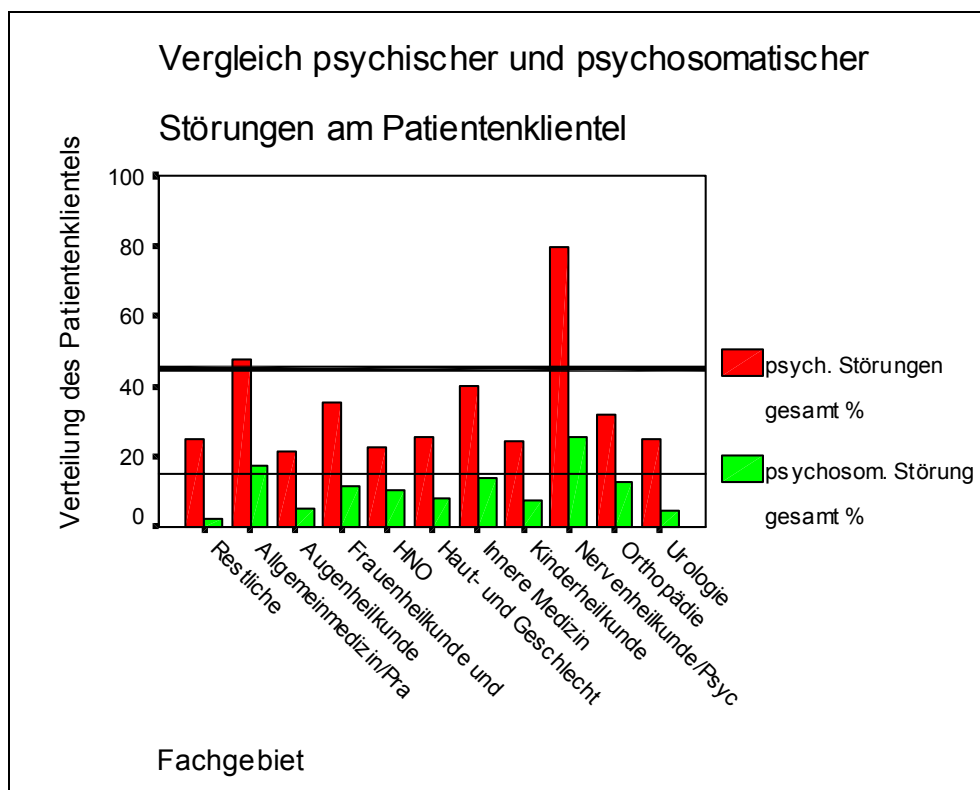


Abbildung 12: Subjektive Schätzung psychischer Störungen und psychosomatischer Störungen am Patientenkontext, getrennt nach Fachrichtung (Querlinien: Mittelwerte über alle Schätzungen)

7.2. Vergleich der Abrechnungshäufigkeit bezogen auf strukturelle Parameter – Überprüfung der Hypothesen 1.a. – 1.d.

7.2.1. Überprüfung der Hypothese 1.a.: Vergleich des Kriteriums „Arztgeschlecht“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850-856)

- Gruppe 1: Männlich (n=1728)
- Gruppe 2: Weiblich (n=2870)

Verglichen werden beide Gruppen bezogen auf die Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850-856 bezogen auf das Quartal I/95. Die H_0 -Hypothese „Es gibt keinen Unterschied im Abrechnungsverhalten zwischen männlichen und weiblichen Ärzten“ wird zweiseitig gegen die Alternativhypothese geprüft, es bestünde ein Unterschied (Kolmogorov-Smirnov-Test). Der Test wird zweiseitig durchgeführt, um zu überprüfen, ob es überhaupt einen Unterschied gibt.

Ergebnis: Die H_0 -Hypothese kann nicht verworfen werden. Es gibt keine signifikanten Unterschiede im Abrechnungsverhalten zwischen männlichen und weiblichen Ärzten. Diese Aussage gilt auch bei der Einzelprüfung der Ziffern 850-856.

Die Ausgangshypothese 1.a.: „Männliche Ärzte rechnen Leistungen der PSGV häufiger ab als weibliche“ kann nicht bestätigt werden.

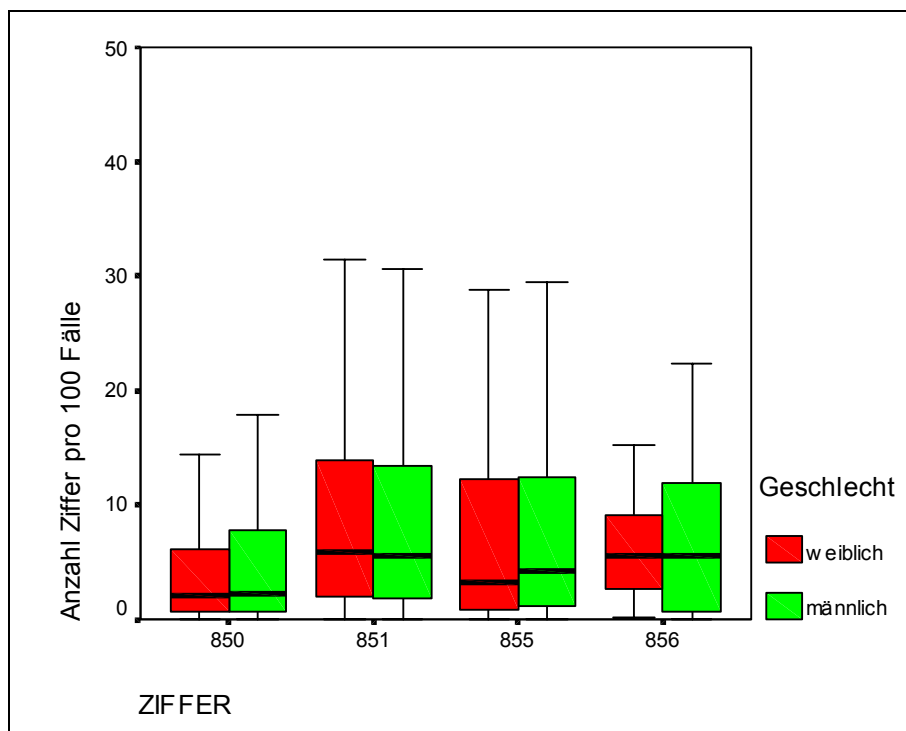


Abbildung 13: Darstellung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850-856 bezogen auf das Arztgeschlecht

7.2.2. Überprüfung der Hypothese 1.b.: Vergleich des Kriteriums „Stadtteil des Praxissitzes“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850-856)

- Gruppe 1: Ärzte mit Praxissitz im Westteil Berlins (n=2145)
- Gruppe 2: Ärzte mit Praxissitz im Ostteil Berlins (n=1517)

Verglichen werden beide Gruppen bezogen auf die Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850-856 bezogen auf das Quartal I/95 (Kolmogorov-Smirnov-Test). Die H_0 -Hypothese ‚Es gibt keinen Unterschied im Abrechnungsverhalten bezogen auf den Praxissitz‘ wird einseitig gegen die Alternativhypothese geprüft: ‚Ärzte im Westteil Berlins rechnen häufiger als ihre Kollegen im Ostteil der Stadt‘ ab.

Ergebnis: Die H_0 -Hypothese wird abgelehnt und der Alternativhypothese (die Ausgangshypothese) wird angenommen. Ärzte im Westteil der Stadt rechnen signifikant häufiger Ziffern der psychosomatischen Grundversorgung ab als Ärzte im Ostteil der Stadt (siehe Tabelle 8 und Abbildung 14).

Bei der Differenzierung nach den einzelnen Leistungsziffern zeigt sich der signifikante Unterschied nur für die Ziffern 850 bis 855. Die selten abgerechnete Gruppentherapieleistung 856 wird nicht signifikant unterschiedlich in den Stadtteilen Berlins abgerechnet (von n=19 Ärzten im Ostteil und N=29 Ärzten im Westteil Berlins).

		1/95 Zi. 850	1/95 Zi. 851	1/95 Zi. 855	1/95 Zi. 856
Westteil	n	836	1039	81	29
Ostteil		637	725	82	19
Total		1473	1764	163	48
Größte Abweichung	absolut	,085	,159	,229	,276
	positive	,003	,015	,229	,034
	negative	-,085	-,159	,000	-,276
Kolmogorov-Smirnov Z		1,607	3,278	1,460	,935
Asymp. Sig. (2-tailed)		,011	,000	,028	,347

Tabelle 8: Teststatistik: Vergleich des Stadtteils Berlins mit der Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850-856

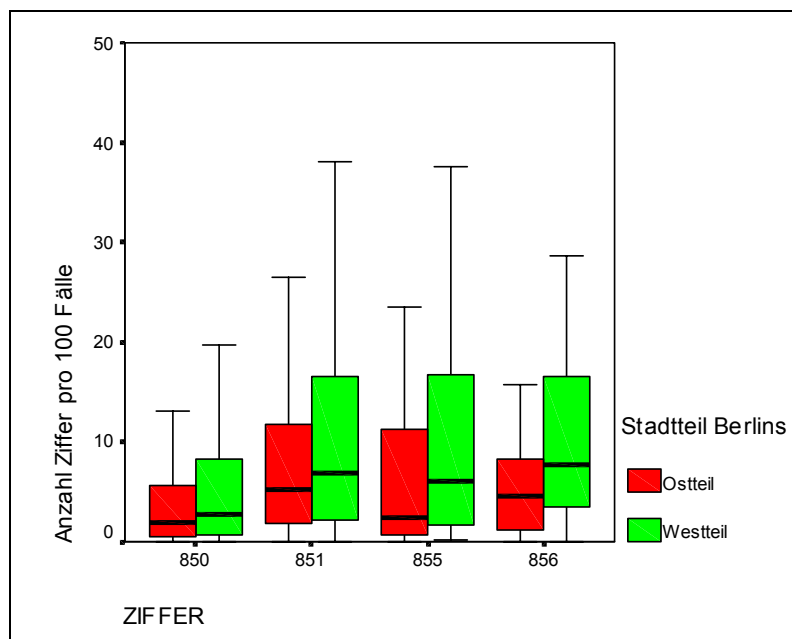


Abbildung 14: Boxplot: Vergleich der Abrechnungshäufigkeiten der psychosomatischen Ziffern 850-856 zwischen beiden Stadtteilen für das Quartal I/95

7.2.3. Überprüfung der Hypothese 1.c.: Vergleich des Kriteriums „Balintgruppenerfahrung“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850-856) und von psychiatrischen Leistungsziffern (820-822)

Gruppe 1: Ärzte mit hoher Balintgruppenerfahrung

Gruppe 2: Ärzte mit geringer Balintgruppenerfahrung

Bei 529 Datensätzen aus dem Kurzfragebogen kann der Parameter „Balintgruppenerfahrung“ herangezogen werden (zur Definition siehe 6.2.1.3). Für das Quartal I/95 wird der Median je Gruppe für die Abrechnungsziffern 820-823 und 850-856 gebildet. Die H_0 -Hypothese wird einseitig gegen die Alternativhypothese getestet: „Ärzte mit hoher Balintgruppenerfahrung rechnen häufiger Leistungen der PSGV ab als Ärzte, deren Balintgruppenerfahrung geringer ist“. Getestet wird mit dem U-Test (n. Withney) und Wilcoxon-Test für zwei unverbundene Stichproben.

Ziffer	820	821	822	823	850	851	855	856
geringe Balintgruppenerfahrung	103	50	70	3	169	198	19	4
hohe Balintgruppenerfahrung	116	65	86	10	186	221	28	6
Gesamt	219	115	156	13	355	419	47	10
Mann-Withney U	5126	1553	2239	3	14291	17992	210	0
Wilcoxon W	10482	2828	4724	58	28656	37693	400	10
Z	-1,812	-0,406	-2,747	-2,028	-1,477	-3,141	-1,214	-2,558
Asympt. Sig. (1-tailed)	0,070	0,685	0,006	0,043	0,140	0,002	0,225	0,011

Tabelle 9: Vergleich der Abrechnungshäufigkeit und Balintgruppenerfahrung

Ergebnis (allgemein für alle Abrechnungsziffern): Die Gruppen unterscheiden sich signifikant. Die allgemeine Aussage, Ärzte mit hoher Balintgruppenerfahrung rechnen häufiger Leistungsziffern der Kapitel GI und GII des EBM ab, wird zunächst angenommen.

Anschließend wird die Hypothese für jede angegebene Abrechnungsziffer geprüft. Es wird das gleiche statistische Prüfverfahren verwendet. Ergebnis: Die gesprächstherapeutische Ziffer 851 (sowie die Ziffern 822 und 856) wird von Ärzten mit hoher Balintgruppenerfahrung signifikant häufiger abgerechnet als von Ärzten mit geringerer Balintgruppenerfahrung (siehe Tabelle 9 und Abbildung 15).

Für die diagnostischen Leistungsziffern 820 und 850 läßt sich kein Unterschied im Abrechnungsverhalten finden. Die Signifikanz der allgemeinen Aussage wird durch die höhere Abrechnungsdichte psychotherapeutischer Gesprächsleistungen erzeugt.

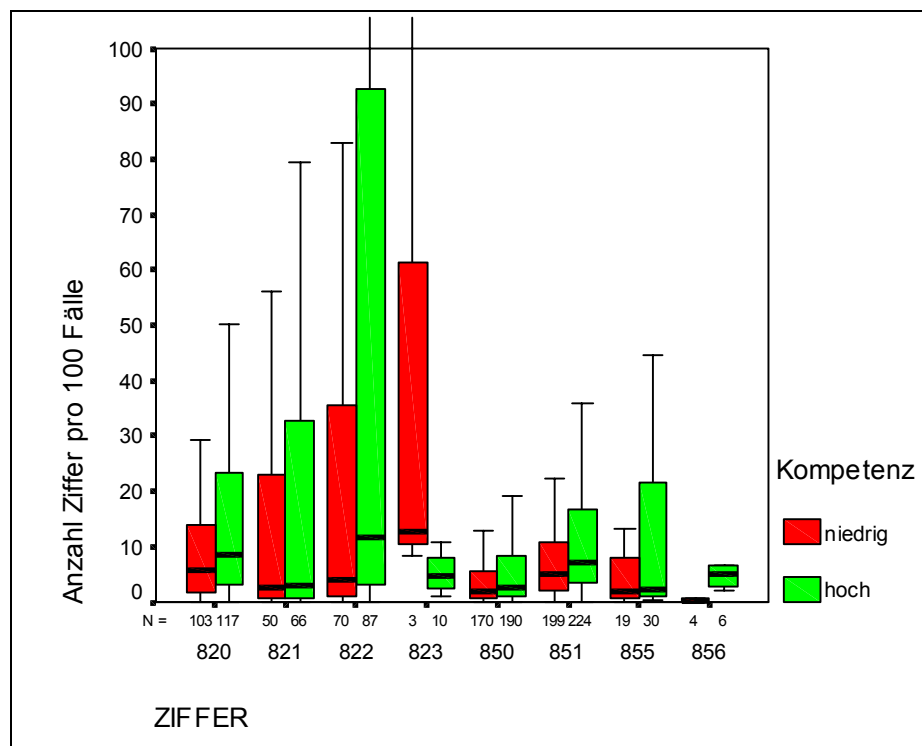


Abbildung 15: Boxplot: Darstellung des Kriteriums „Balintgruppenerfahrung“ für die Abrechnungshäufigkeiten der Ziffern 820-823 und 850-856

Die Hypothese 1.c. „Ärzte mit hoher Balintgruppenerfahrung rechnen die Leistungen der PSGV häufiger als die Kollegen, deren Erfahrung geringer ist“ gilt nur für die therapeutische Leistungsziffer 851. Die Häufigkeit der besuchten Balintstunden scheint auch einen Einfluß auf die therapeutische psychiatrische Leistungsziffer 822 zu haben. Diese wird ebenfalls signifikant häufiger von Ärzten mit hoher Erfahrung abgerechnet.

7.2.4. Überprüfung der Hypothese 1.d.: Vergleich des Kriteriums „Formale Qualifikation zur PSGV“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850-856)

- Gruppe1: Qualifikation über Übergangsregelung (n=34)
- Gruppe2: Qualifikation über Fortbildungskurs (n=288)
- Gruppe3: Qualifikation über Weiterbildung (n=113)

Im Kurzfragebogen geben 435 Ärzte an, mit welcher Qualifikationsvoraussetzung sie Leistungen der PSGV abrechnen dürfen. Von allen Ärzten können die Abrechnungsdaten zum Quartal I/95 herangezogen werden.

Jede Gruppe wird mit jeweils den beiden anderen Gruppen in Bezug auf die Abrechnungshäufigkeit der psychosomatischen Leistungsziffern 850-856 des Quartals I/95 verglichen. Das statistische Verfahren ist der Vergleich zweier unverbundener, verteilungsfreier Stichproben mit dem U-Test.

Ziffer	850	851	855	856
Übergangsbestimmung (G1)	28	28	2	1
Fortbildungskurs (G2)	181	208	20	5
Weiterbildung (G3)	60	82	13	2
Gesamt	269	318	35	8
Mann-Whitney U (G1 – G2)	2907	3461	26	0
Wilcoxon W (G1 – G2)	3435	3989	197	1
Z (G1 – G2)	-0,913	-0,801	-0,101	-1,464
Asympt. Sig. (2-tailed) (G1 – G2)	0,361	0,423	0,92	0,14
Mann-Whitney U (G1 – G3)	932	1032	30	0
Wilcoxon W (G1 – G3)	1460	1560	240	1
Z (G1 – G3)	-1,153	-2,444	0	-1,224
Asympt. Sig. (2-tailed) (G1 – G3)	0,249	0,015	1,0	0,221
Mann-Whitney U (G2 – G3)	6354,5	8557,5	146	3
Wilcoxon W (G2 – G3)	26857	36760	317	18
Z (G2 – G3)	-0,922	-2,895	-0,994	-0,775
Asympt. Sig. (2-tailed) (G2 – G3)	0,357	0,004	0,32	0,439

Tabelle 10: Vergleich der formalen Qualifikation mit der Abrechnungshäufigkeit

Die Gruppen unterscheiden sich in ihrem Abrechnungsverhalten nicht signifikant voneinander (siehe Tabelle 10). Einzige Ausnahme: die Ziffer 851 wird von Ärzten der Gruppe 3 (Weiterbildung) signifikant häufiger liquidiert als von Ärzten der Gruppen 1 und 2. In Abbildung 16 sind die Abrechnungshäufigkeiten für die untersuchten psychosomatischen Leistungsziffern des Quartals I/95 dargestellt.

Die Hypothese 1.d., „Ärzte, die durch eine Fortbildung die Qualifikation zur Abrechnung von Leistungen der PSGV erhalten haben, rechnen häufiger diese Leistungen ab als Ärzte mit anderer Qualifikationsvoraussetzung“ lässt sich durch die Untersuchung nicht bestätigen.

Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie oder Psychotherapeutische Medizin – also Ärzte, die durch Weiterbildung ihre psychosomatische Qualifikation erworben haben – rechnen die therapeutische Leistungsziffer 851 im Quartal I/95 signifikant häufiger ab als die Kollegen anderer Fachrichtungen bzw. mit anderen Qualifikationsvoraussetzungen. Dieses Ergebnis erklärt sich mit dem Patientenkontext bzw. der Ausrichtung dieser Fachgruppen.

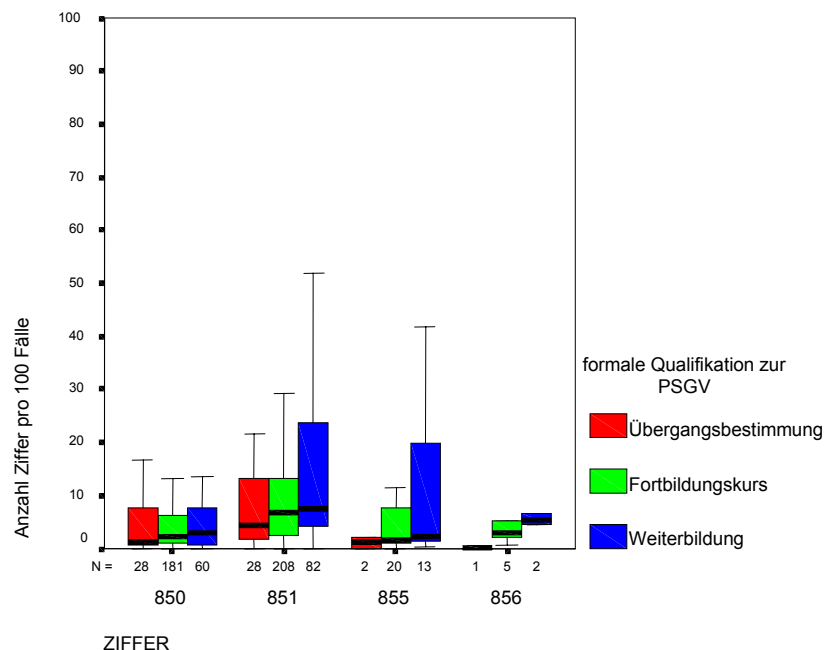


Abbildung 16: Darstellung der formalen Qualifikation zur PSGV für die Abrechnungshäufigkeit der Leistungen 850 bis 856

7.2.5. Deskriptive Darstellung der Kriterien „Fachrichtung“, „Dauer der Niederlassung“ und „Fallzahl“ mit der Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV (850 und 851)

7.2.5.1. Fachrichtung

Für das Quartal I/95 werden die Abrechnungshäufigkeiten der Fachgruppen berechnet und als Boxplot (s.u.) dargestellt. In Abbildung 17 und Abbildung 18 werden die Fachgruppen nach der Anzahl der abrechnenden Ärzte von links nach rechts absteigend dargestellt.

Tabelle 11 zeigt exemplarisch die mittleren Abrechnungshäufigkeiten (Mediane) der Ziffern 850 und 851. Zur Berechnung des Anteils an der psychosomatischen Versorgung in Berlin werden die individuellen Abrechnungshäufigkeiten mit der Fallzahl im Quartal I/95 multipliziert und über die Fachgruppe addiert. Dieser Wert gibt den relativen Anteil der Patienten an, die

psychosomatisch versorgt werden. Die Fachrichtungen sind nach der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 850 absteigend sortiert.

Im Quartal I/95 rechnet die Fachgruppe Nervenheilkunde/Psychiatrie sowohl die diagnostische Ziffer 850 (Median 9,89) als auch die therapeutische Ziffer 851 (Median 13,17) am häufigsten ab. Die Ziffer 850 wird in den übrigen Fachgruppen vor allem von den Gynäkologen (Median 8,32) abgerechnet. Danach folgen mit deutlich geringeren Abrechnungshäufigkeiten die Dermatologen (Median 1,94), die Ophthalmologen (Median 1,75) und dann erst die große Gruppe der Ärzte für Innere Medizin (Median 1,42) und die Allgemeinmediziner (Median 1,40). Aus Tabelle 11 wird deutlich, dass, bezogen auf die Fallzahl, die Gynäkologen den größten Anteil der Diagnostik innerhalb der psychosomatischen Grundversorgung in Berlin übernehmen. Erst dann folgt die Gruppe der Fachärzte für Psychiatrie/Psychotherapie/Nervenheilkunde.

Die therapeutische Ziffer 851 wird insgesamt häufiger abgerechnet, denn sie unterliegt keiner Beschränkung der Menge pro Fall und Quartal. Die Leistungsdichte ist in der Fachgruppe Psychiatrie/Psychotherapie/Nervenheilkunde am höchsten. Unter den übrigen Fachgruppen folgen die Allgemeinmediziner (Median 7,07) und die Ärzte für Innere Medizin (6,46). Bezogen auf die Fallzahl stellen die Allgemeinmediziner mit fast 46% den größten Anteil der Gesprächstherapie innerhalb der PSGV. Auffallend ist, dass diese Leistung deutlich seltener von Gynäkologen erbracht wird.

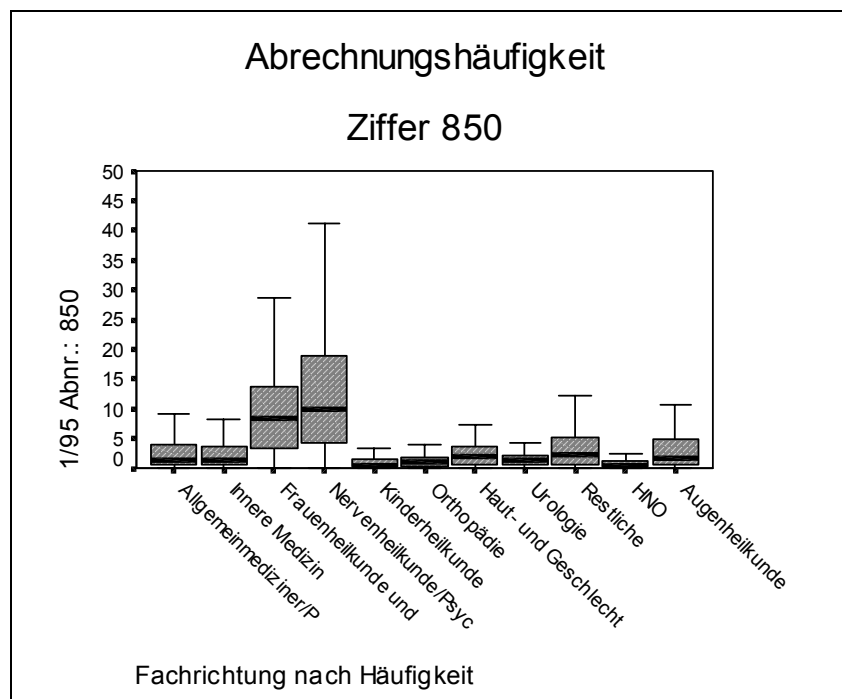


Abbildung 17: Abrechnungshäufigkeit Ziffer 850 nach Fachrichtung getrennt

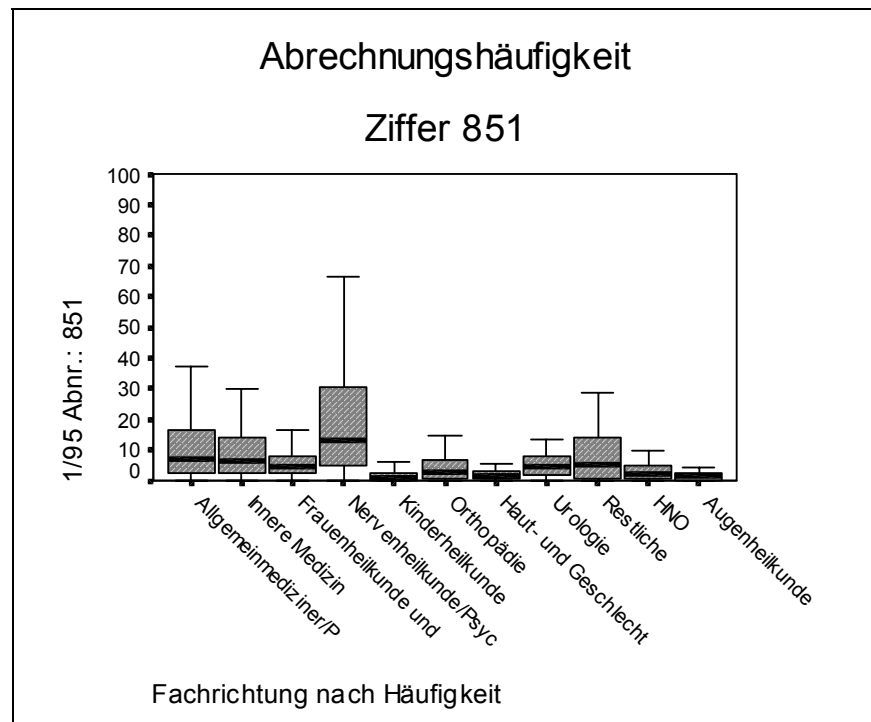


Abbildung 18: Abrechnungshäufigkeit Ziffer 851 nach Fachrichtung getrennt

Fachrichtung	Median 850	Fälle 850	% Fälle	% kum.	Median 851	Fälle 851	% Fälle	% kum.
Frauenheilkunde	8,32	3267,68	30,38%	30,38%	4,61	2051,79	5,94%	5,94%
Nervenheilkunde/ Psychotherapie	9,89	2959,48	27,51%	57,89%	13,17	9504,48	27,51%	33,45%
Prakt. Arzt/ All- gemeinmedizin	1,40	2494,41	23,19%	81,08%	7,07	15805,12	45,75%	79,20%
Innere Medizin	1,42	1371,20	12,75%	93,82%	6,46	5760,26	16,67%	95,87%
Dermatologie	1,94	166,32	1,55%	95,37%	1,35	114,65	0,33%	96,21%
Orthopädie	1,18	148,25	1,38%	96,75%	2,88	353,49	1,02%	97,23%
Kinderheilkunde	,57	95,80	0,89%	97,64%	,96	175,03	0,51%	97,74%
Augenheilkunde	1,75	72,74	0,68%	98,31%	1,31	67,76	0,20%	97,93%
Urologie	1,37	71,34	0,66%	98,98%	4,35	277,50	0,80%	98,74%
Restliche	2,29	67,77	0,63%	99,61%	5,07	342,65	0,99%	99,73%
HNO	,46	42,32	0,39%	100,00%	2,36	94,13	0,27%	100,00%
Summe		10757,31				34546,87		

Tabelle 11: mittlere Abrechnungshäufigkeit und Anteil an der Gesamtversorgung in der psychosomatischen Grundversorgung

7.2.5.2. Dauer der Niederlassung

Die Abrechnungshäufigkeit der Leistungsziffern 850 und 851 wird in Bezug auf die Niederlassungsjahre geprüft. Die Zeit der Niederlassung wurde in Fünffjahresintervalle gruppiert. Mit dem Jonckheere-Test für n unverbundene, verteilungsfreie Stichproben sowie mit dem Median-Test werden die gruppierten Daten getestet. Die Nullhypothese: 'Es besteht kein Unterschied zwischen den Niederlassungsjahren und der Abrechnung der Ziffer 850 bzw. 851'

wird zweiseitig geprüft. Die Nullhypothese kann nicht abgelehnt werden, d.h. die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander. In der Korrelationsanalyse findet sich ebenfalls kein Zusammenhang zwischen den zu vergleichenden Parametern.

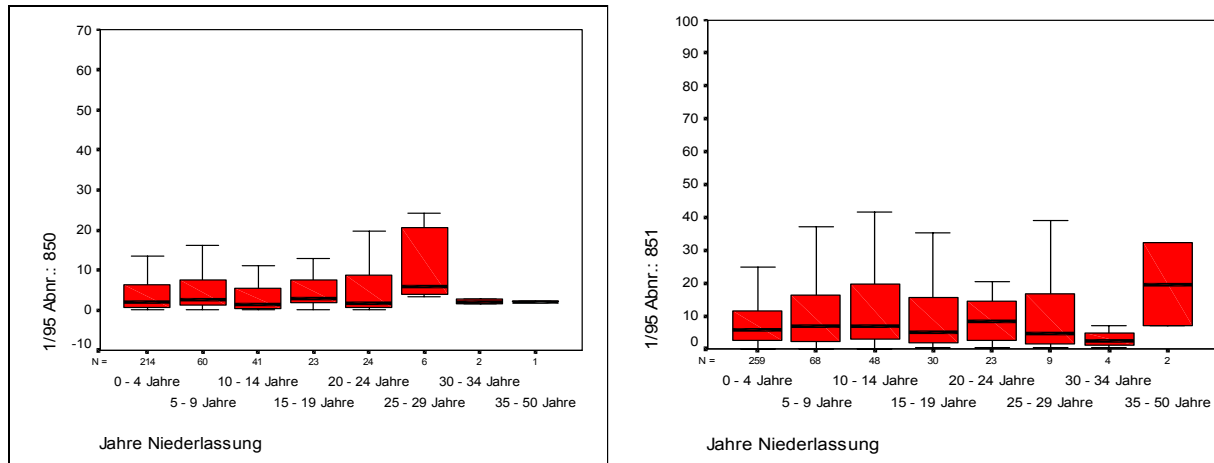


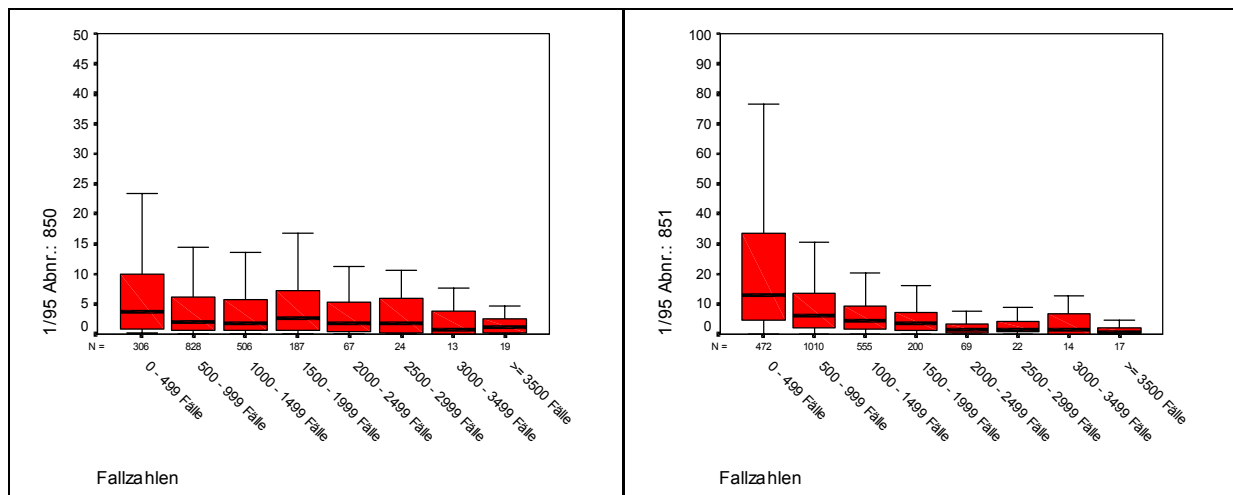
Abbildung 19: Vergleich des Kriteriums ‚Dauer der Niederlassung‘ gegen die Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850 und 851

7.2.5.3. Fallzahl

Die im Quartal I/95 abrechnenden Ärzte werden in Fallzahlgruppen zu je 500 Fällen verteilt und die Abrechnungshäufigkeit je Fallzahlgruppe für die Ziffern 850 und 851 untersucht. Verwendet wird der verteilungsfreie Test für mehrere unverbundene Stichproben nach Jonckheere.

Für die diagnostische Ziffer 850 lässt sich kein signifikanter Trend bzw. Zusammenhang zwischen Fallzahl und Abrechnungshäufigkeit herstellen. Anders sieht dies bei der therapeutischen Ziffer 851 aus. Es besteht ein signifikanter Negativtrend für das Kriterium ‚Fallzahl‘. Je weniger Fälle ein Arzt pro Quartal behandelt, desto mehr rechnet er die Ziffer 851 ab.

Der inverse Zusammenhang zwischen Fallzahl und Abrechnung der Ziffer 851 wird durch eine Regressionsanalyse bestätigt. Er ist statistisch signifikant mit einem Regressionskoeffizienten von $r=0,477$.



Abbildungung 20: Vergleich des Kriteriums ‚Fallzahl‘ gegen die Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850 und 851

7.3. Überprüfung der Hypothesen 2.a. bis 2.c.: Einfluß äußerer Faktoren auf die Abrechnungshäufigkeit von Leistungen der PSGV

Standespolitische und gesetzgeberische Vorgaben, die sich im Abrechnungskatalog der Vertragsärzte widerspiegeln, werden hier als „äußere Faktoren“ bezeichnet. Die Änderungen der Leistungsbewertung ab dem Jahr 1996, die gleichzeitige Abrechnungsbeschränkung nach Qualifikation und die Leistungsbudgetierung ab dem dritten Quartal 1997 werden isoliert betrachtet. Jede betrachtete Leistungsziffer wird im zeitlichen Verlauf dargestellt und an den zwei relevanten Zeitpunkten bewertet. Die psychosomatischen Leistungsziffern dienen der Beantwortung der Hypothesen. Anhand der psychiatrischen Leistungsziffern können kompensatorische Effekte im Abrechnungsverhalten aufgezeigt werden. Nach dieser deskriptiven Darstellung können die drei, zu jedem der äußeren Faktoren bezugnehmenden Hypothesen beantwortet werden.

7.3.1. Untersuchung der Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit psychiatrischer und psychosomatischer Leistungsziffern im Zeitverlauf

In den folgenden Abschnitten wird die Entwicklung der Abrechnungshäufigkeit der EBM-Ziffern 820-823 und 850-856 dargestellt. Die Darstellung der psychiatrischen Ziffern 820-823 ist deshalb erwähnenswert, weil bis zum Quartal IV/95 alle Fachrichtungsgruppen diese Ziffern abrechnen durften (Nicht-Psychiater allerdings nur zu einem geringen Prozentsatz). An diesen Ziffern zeigt sich im Vergleich zu den psychosomatischen Ziffern ein deutlicher Kompensations- und Diversifizierungseffekt. Die Ziffer 823 bekommt ab dem Quartal I/96 eine geänderte Bedeutung. Diese Ziffer wird aus der Betrachtung herausgehalten.

In der graphischen Darstellung zeigen sich Änderungen im Abrechnungsverhalten an zwei bedeutsamen Zeitpunkten: einmal das Quartal I/96, zum zweiten das Quartal III/97. Die Trendanalysen werden in drei Abschnitten durchgeführt: 1. Abschnitt Quartal I – IV/95, 2. Abschnitt I/96 – II/97, 3. Abschnitt III/97 – IV/97. Die Trendübergänge der Quartale IV/95-I/96 und II/97-III/97 werden gesondert analysiert.

Bei der graphischen Darstellung aller Ziffern und bei der statistischen Analyse werden drei Arztgruppen unterschieden:

- Gruppe 1: Psychiater und Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin (n=463)
- Gruppe 2: Ärzte mit der Zusatzqualifikation Psychotherapie (n=137)
- Gruppe 3: Ärzte ohne die Zusatzqualifikation Psychotherapie (n=4594)

Als Darstellung wird eine gruppierte Boxplot-Graphik gewählt. Die obere und untere Grenze der farblich hinterlegten „Boxen“ umschließt alle Werte, die im Bereich der einfachen Standardabweichung liegen. Der querlaufende Strich innerhalb einer Box markiert den Median der Meßwerte. Die außerhalb der Box nach oben und unten weisenden Linien mit Abschlußbegrenzung bezeichnen die 5-er bzw. 95-er-Perzentile der Meßwerte. Ausreißerwerte und Extremwerte werden nicht in die Graphik aufgenommen. Das arrhythmische Mittel (der Mittelwert) ist nicht gesondert dargestellt, denn dieser Wert liegt genau in der vertikalen Mitte der Box.

Auffallend ist die konstante Zunahme der liquidationsberechtigten Ärzte im Zeitverlauf.

7.3.1.1. Darstellung der Abrechnungshäufigkeit der diagnostischen Ziffer 850 im zeitlichen Verlauf

Die Abrechnung der diagnostischen Ziffer ist im Untersuchungszeitraum deutlichen Änderungen unterworfen. Während vor dem Jahr 1996 die Fachärzte der Gruppe 1 signifikant mehr als alle anderen Ärzte abrechnen kehrt sich das Bild mit Einführung des neuen EBM praktisch um. Ärzte der Gruppe 1 rechnen im Jahre 1995 im Mittel etwa 10 mal die Ziffer 850 pro 100 Patienten ab. Ab dem Quartal I/96 rechnen Ärzte der Gruppe 1 signifikant weniger die Ziffer 850 ab als noch ein Quartal zuvor. Die Abrechnungshäufigkeit bleibt danach in Gruppe 1 auf niedrigem Niveau konstant (3 mal pro 100 Patienten).

Ab dem Quartal I/96 rechnen alle anderen Ärzte signifikant häufiger die Ziffer 850 ab als noch ein Quartal zuvor. Während im Jahre 1995 die Abrechnungshäufigkeit im Mittel bei etwa 3 pro 100 Patienten liegt, steigt sie in den folgenden Quartalen bis auf einen Median von maximal 10,17. Bis zum Quartal II/97 zeigt sich ein zunächst deutlicher, dann ein schwächerer Positivtrend in der Abrechnungshäufigkeit. Im Quartal III/97 setzt dann für diese Gruppen ein signifikanter

Negativtrend ein. Während im Quartal I/95 noch 1736 Ärzte der Gruppen 2 und 3 diese Ziffer abrechnen, steigt die Anzahl bis zum Ende des Untersuchungszeitraums im Quartal IV/97 auf 2418 Ärzte.

Auffällig ist, dass entgegen des Trends ab dem Quartal I/96 nicht mehr alle Fachärzte der Gruppe 1 von der Abrechnung dieser Ziffer Gebrauch machen.

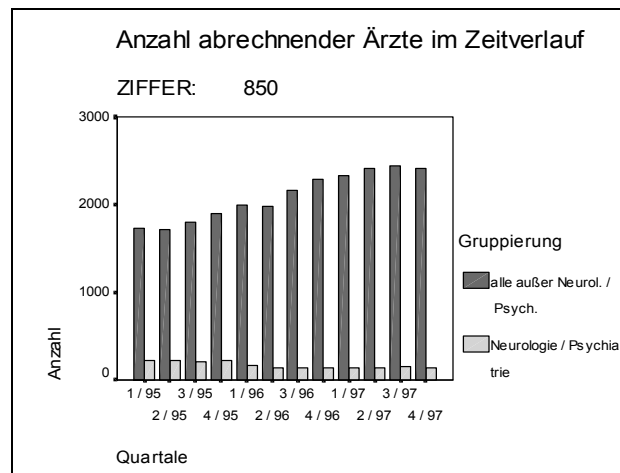


Abbildung 21: Veränderung der Zahl abrechnender Ärzte der Ziffer 850, getrennt nach Fachpsychotherapeuten und übrigen Ärzten, über 12 Quartale

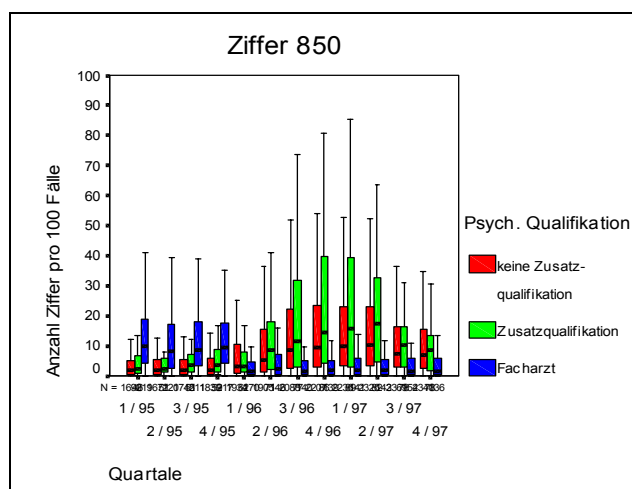


Abbildung 22: Veränderung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 850, getrennt nach Fachpsychotherapeuten, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und übrigen Ärzten, über 12 Quartale

7.3.1.2. Darstellung der Abrechnungshäufigkeit der gesprächstherapeutischen Ziffer 851 im zeitlichen Verlauf

Während im Jahre 1995 die Fachärzte der Gruppe 1 diese Ziffer noch signifikant häufiger abrechnen als alle anderen ärztlichen Kollegen reduziert sich die Abrechnungshäufigkeit in

dieser Gruppe auf ein Niveau, das keinen Unterschied mehr zu den anderen Gruppen zeigt. Der Negativtrend beginnt im Quartal II/96. Die Ärzte der Gruppe 2 verhalten sich wie ihre fachärztlichen Kollegen der Gruppe 1. Ärzte der Gruppe 3 zeigen im gesamten Untersuchungszeitraum keinen veränderten Trend im Abrechnungsverhalten.

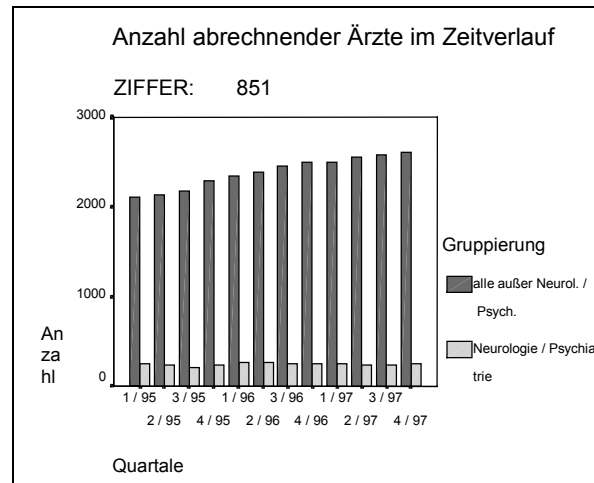


Abbildung 23: Veränderung der Zahl abrechnender Ärzte der Ziffer 851, getrennt nach Fachpsychotherapeuten und übrigen Ärzten, über 12 Quartale

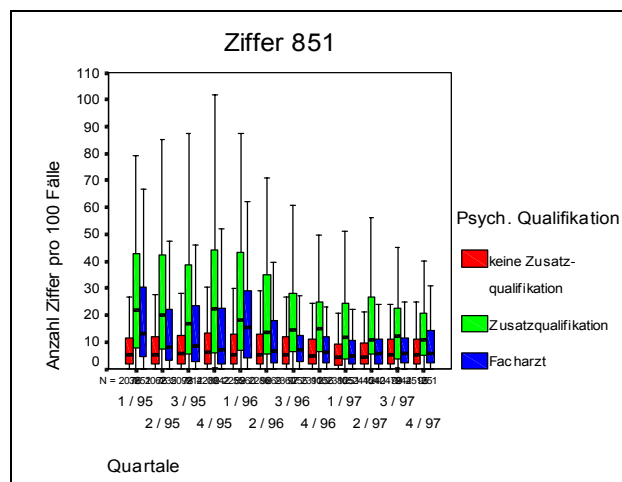


Abbildung 24: Veränderung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 851, getrennt nach Fachpsychotherapeuten, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und übrigen Ärzten, über 12 Quartale

7.3.1.3. Darstellung der Abrechnungshäufigkeit der therapeutischen Ziffern 855 und 856 im zeitlichen Verlauf

Diese beiden therapeutischen Leistungsziffern (Entspannungsübungen nach Jacobson in Einzel- oder Gruppentherapie) werden im Vergleich zu den vorher beschriebenen Ziffern signifikant

seltener abrechnet. Aufgrund der geringen Abrechnungszahlen lassen sich hier keine signifikanten Aussagen zum Abrechnungsverhalten treffen.

Bei der Betrachtung der Zahl abrechnender Ärzte zeigt sich jedoch, dass die Ziffer 855 für Nicht-Psychiater ab dem Quartal I/96 deutlich interessanter wird. Rechnen bis zum Quartal I/96 im Mittel nur etwa 96,8 Ärzte diese Ziffer ab, steigt die Zahl der Ärzte in den kommenden Quartalen auf maximal n=152 im Quartal II/97. Danach ist die Anzahl der abrechnenden Ärzte wieder rückläufig.

Für die Ziffer 856 läßt sich allerdings folgende interessante Aussage treffen: Diese Ziffer wird in den Quartalen I und IV (Winterquartale) von signifikant mehr Ärzten abrechnet als in den Quartalen II und III (Sommerquartale).

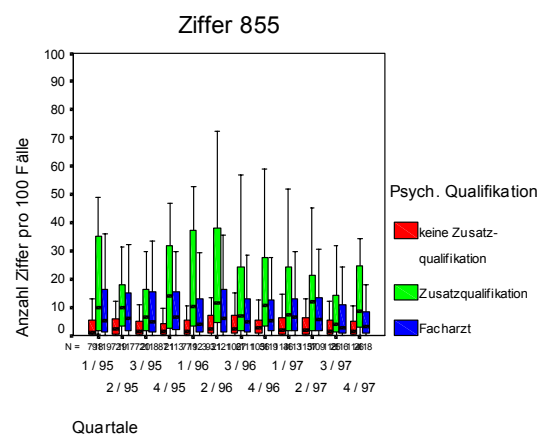
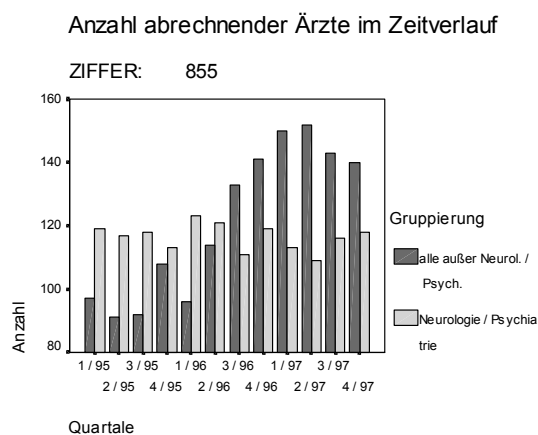


Abbildung 25: Anzahl der Ärzte: Ziffer 855 Abbildung 26: Abrechnung der Ziffer 855

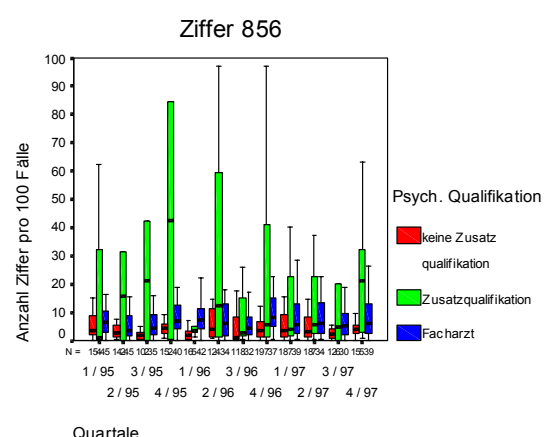
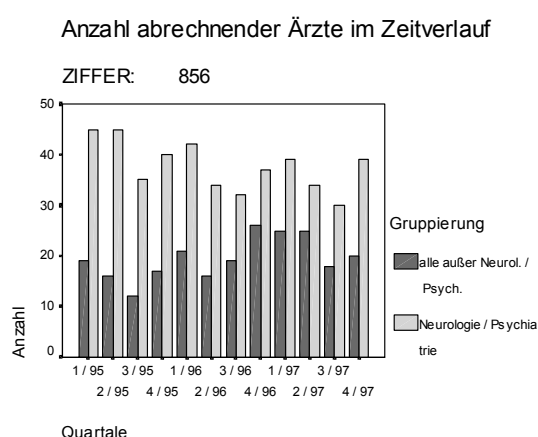


Abbildung 27: Anzahl Ärzte: Ziffer 856 Abbildung 28: Abrechnung der Ziffer 856

7.3.1.4. Darstellung der diagnostischen psychiatrischen Ziffern 820 und 821 im zeitlichen Verlauf

Fachärzte der Gruppe 1 rechnen die untersuchten Ziffern signifikant häufiger ab als Ärzte, die psychotherapeutisch nur über eine Zusatzqualifikation abrechnen (Gruppe 2). Deutlich wird auch der geringe Anteil der Ärzte der Gruppe 3, die nur bis zum Quartal IV/95 Leistungen des Kapitels GII abrechnen. Danach fehlt diese Gruppe in der graphischen Darstellung (Abbildung 30).

Abbildung 29 zeigt die Anzahl der abrechnenden Ärzte über 12 Quartale. Deutlich zu sehen ist der abrupte Rückgang der abrechnenden Ärzte der Gruppe 3 ab dem Quartal I/96. Ab diesem Quartal dürfen nur noch Ärzte mit besonderer Qualifikation (s.o.) die Ziffer 820 abrechnen. Abbildung 30 zeigt das Abrechnungsverhalten bezogen auf die Ziffer 820 über 12 Quartale. Mit dem Übergang vom Quartal IV/95 zum Quartal I/96 rechnen Ärzte der Gruppe 1 nur unwesentlich (nicht signifikant) weniger die Ziffer 820 ab als im Quartal zuvor. Ärzte der Gruppe 2 (mit Zusatzqualifikation) rechnen ab dem Quartal I/96 signifikant mehr ab als ein Quartal zuvor.

Im Vergleich der Gruppen untereinander zeigt sich folgendes Bild: Gruppe 1 rechnet die Ziffern aus dem Kapitel II (Psychiatrie) signifikant häufiger ab als die Gruppe 2. Diese Gruppe rechnet im Jahre 1995 (in den ersten vier dargestellten Quartalen) signifikant mehr ab als die Gruppe 3. Diese Verteilung ist auch bei den Ziffern 821 und 822 zu sehen.

Folgende Trends lassen sich für die Ziffer 820 nachweisen: Die Abrechnungshäufigkeit zeigt in Gruppe 1 im Verlauf über alle Quartale einen signifikanten aber nicht relevanten Negativtrend. Diese Ziffer wird von der Facharztgruppe 1 auf hohem und konstanten Niveau abgerechnet. Ein schwacher Negativtrend läßt sich für die Abrechnung der Ziffer 820 ab dem Quartal I/96 auch für die Gruppe 2 ausmachen.

Die ebenfalls diagnostische psychiatrische Ziffer 821 zeigt ein ähnliches Abrechnungsmuster wie die Ziffer 820. Das gilt sowohl für die Abrechnungshäufigkeit unter den einzelnen Gruppen, wie auch für das Trendverhalten. Im Gegensatz zur Ziffer 820 wird die Ziffer 821 von Fachärzten (Gruppe 1) seltener liquidiert. Anders zeigt sich das Bild für die Gruppe 2, die etwa gleich hoch die Ziffern 820 und 821 abrechnet. In den ersten drei Quartalen des Jahres 1996 streuen die Werte deutlich; daher verschiebt sich die einfache Standardabweichung nach oben hin zu größeren Werten und die Box erscheint in der Graphik breiter. Ein Positivtrend im Abrechnungsverhalten dieser Gruppe ist allerdings nicht auszumachen.

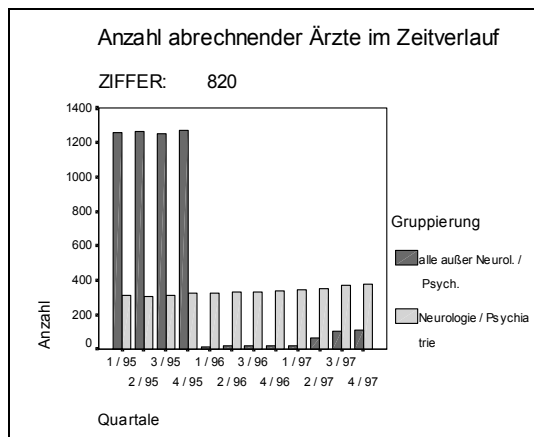


Abbildung 29: Veränderung der Zahl abrechnender Ärzte der Ziffer 820, getrennt nach Fachpsychotherapeuten und übrigen Ärzten, über 12 Quartale

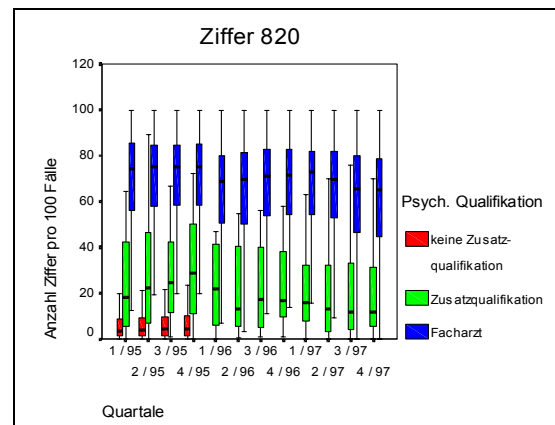


Abbildung 30: Veränderung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 820, getrennt nach Fachpsychotherapeuten, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und übrigen Ärzten, über 12 Quartale

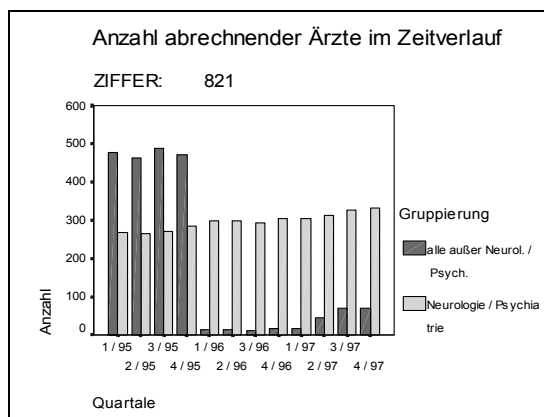


Abbildung 31: Veränderung der Zahl abrechnender Ärzte der Ziffer 821, getrennt nach Fachpsychotherapeuten und übrigen Ärzten, über 12 Quartale

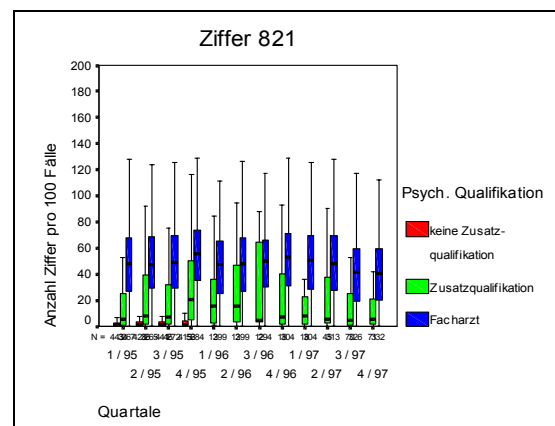


Abbildung 32: Veränderung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 821, getrennt nach Fachpsychotherapeuten, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und übrigen Ärzten, über 12 Quartale

7.3.1.5. Darstellung der therapeutischen psychiatrischen Ziffer 822 im zeitlichen Verlauf

Die therapeutische Ziffer 822 stellt sich in der Abbildung 34 wie folgt dar: Auch hier begrenzt das Quartal I/96 die Abrechnung auf die Ärzte der Gruppen 1 und 2. Diese Gruppen zeigen im Übergang der Quartale IV/95 auf I/96 keine signifikanten Änderungen der Abrechnungshäufigkeit. Allerdings fällt ein Negativtrend der Abrechnungshäufigkeit am Ende des Untersuchungszeitraums auf. Mit Einführung der Kopfpauschalen ab dem Quartal III/97 rechnen die Fachärzte

der Gruppe 1 die Ziffer 822 signifikant seltener ab als ein Quartal vorher. Bei den Ärzten der Gruppe 2 beginnt der Negativtrend bereits ein Quartal vorher. Nach einem positiven Abrechnungstrend innerhalb dieser Gruppe bis zum Quartal I/97 wird ab dem folgenden Quartal diese Ziffer signifikant seltener abgerechnet.

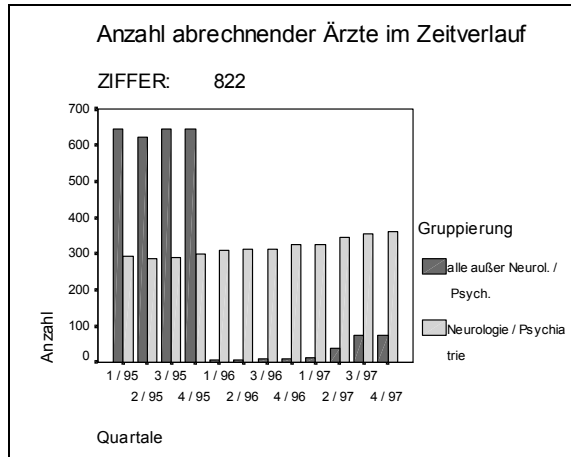


Abbildung 33: Anzahl Ärzte: Ziffer 822

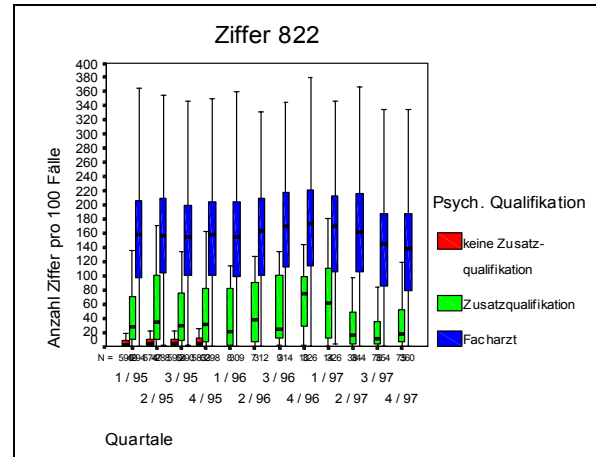


Abbildung 34: Abrechnung der Ziffer 822

7.4. Beantwortung der Hypothesen 2.a. bis 2.c.

Die Hypothese 2.a.: „Eine verbesserte Leistungsbewertung führt zu höherer Abrechnung – Die Höherbewertung der therapeutischen Leistungsziffer 851 ab dem Jahr 1996 führt zu einer vermehrten Abrechnung dieser Ziffer“ läßt sich für diese ab dem Jahre 1996 besser bewertete Leistung nicht bestätigen. Trotz Aufwertung der Ziffer von 300 und 450 Punkte wird sie ab dem Jahr 1996 von allen liquidationsberechtigten Ärzten seltener abgerechnet (siehe Abbildung 24).

Hypothese 2.b.: Die Budgetierung einer Leistung verringert deren Abrechnungshäufigkeit – Mit Einführung von Leistungsgruppenbudgets für Leistungen der PSGV werden die Ziffern 850 und 851 wieder seltener abgerechnet.

Die Leistungsmengenausweitung der diagnostischen Leistungsziffer 850 wird durch Budgetierung ab dem Quartal III/1997 beendet. Der abfallende Trend in den Folgequartalen zeigt die Wirksamkeit dieser Maßnahme. Die therapeutische Ziffer 851 zeigt, wie bereits erwähnt, keine Ausweitungstendenz. Die eingeführte Budgetierung hat daher auch keinen sichtbaren Einfluß auf das Abrechnungsverhalten.

Hypothese 2.c.: Die Begrenzung der Abrechnung von Leistungen auf bestimmte Arztgruppen führt bei den anderen zur kompensatorischen Abrechnung ähnlicher abrechenbarer Leistungen – Die Begrenzung der Abrechenbarkeit von psychiatrischen Leistungsziffern auf Nervenärzte und Psychiater ab dem Jahr 1996 führt bei den anderen Arztgruppen zu einer vermehrten Abrechnung ähnlicher (psychosomatischer) Leistungsziffern

Die Hypothese läßt sich nicht mit Sicherheit beantworten. Allein der auffallend steigende Abrechnungstrend der diagnostischen Leistungsziffer 850 ab dem Jahr 1996 läßt vermuten, dass hier ein kompensatorisches Liquidationsverhalten bei Ärzten einsetzt, die über keine psychiatrische Weiterbildung verfügen. Für diese Arztgruppe entfallen zwei diagnostische psychiatrische Leistungsziffern (820 und 821), die durch eine „ähnliche“ Abrechnungsziffer kompensiert wird. Für den Wegfall der psychotherapeutischen Leistung 822, die vor und nach dem Jahr 1996 mit 320 Punkten bewertet wird, besteht offenbar kein Bedürfnis, die gesprächstherapeutische Ziffer 851 häufiger abzurechnen.

7.5. Überprüfung der Hypothese 3.a.: Korrelation der subjektiven Schätzung mit der Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850 und 851

Untersucht wird, ob ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Schätzung über den Anteil an psychosomatisch erkrankten Patienten am eigenen Klientel und der tatsächlichen Abrechnung des einzelnen Arztes gemacht werden kann ($n=405$). Dazu wird die Abrechnungshäufigkeit jeder Ziffer mit der (errechneten) subjektiven Angabe einseitig auf dem 1%-Niveau geprüft. Danach korrelieren die geschätzten Angaben signifikant mit der Abrechnung sowohl der diagnostischen (Korrelationsquotient $k=0,135$), wie auch der gesprächstherapeutischen Ziffer (Korrelationsquotient $k=0,225$).

Weiterhin kann für die diagnostische Ziffer 850 auf einem signifikanten Niveau die Aussage getroffen werden, je höher die Schätzung, desto höher ist die Abrechnung der diagnostischen Ziffer ($r=0,18$). Für die therapeutische Ziffer besteht dieser Zusammenhang nicht.

Betrachtet man die geschätzte Angabe mit der mittleren Abrechnungshöhe der Ziffern 850 und 851 (Abbildung 35), so fällt auf, dass die Schätzung etwa 7 mal höher liegt als die Abrechnung der Ziffer 850. Bedenkt man, dass die diagnostische Ziffer 850 je Fall im Quartal bis zu zweimal abgerechnet werden kann, so ist dieses Verhältnis noch größer. Auf der anderen Seite muß nicht jeder psychosomatisch erkrankte Patient jedes Quartal neu diagnostiziert werden. Die Abrechnung der Ziffer 851 läßt keine Rückschlüsse auf die Anzahl der Patienten zu, die behandelt werden. Abbildung 36 stellt die subjektiven Angaben jeder Fachgruppe den Abrechnungszahlen gegenüber.

Die Hypothese 3.a.: *„Ärzte rechnen seltener Leistungen der PSGV ab als sie es aufgrund der geschätzten Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen am eigenen Patienten Klientel könnten“* wird durch die Analyse des Datenmaterials bestätigt.

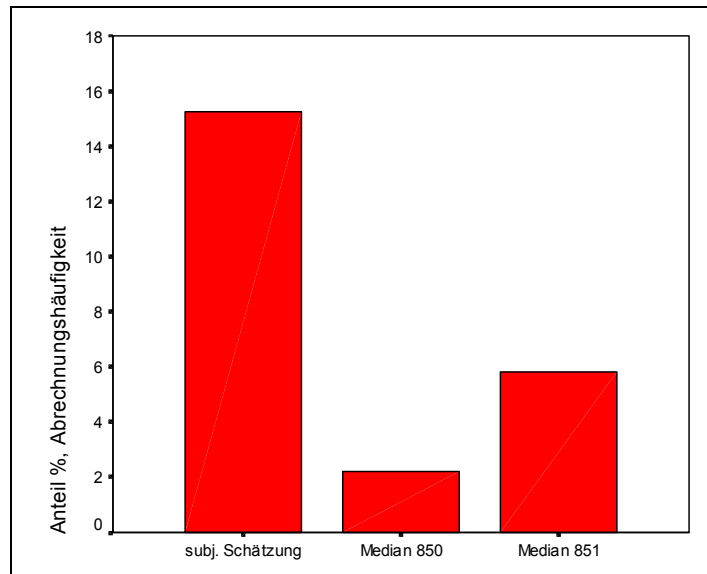


Abbildung 35: Gegenüberstellung der subjektiven Schätzung psychosomatischer Störungen in der Arztpraxis gegen die Abrechnungshäufigkeit

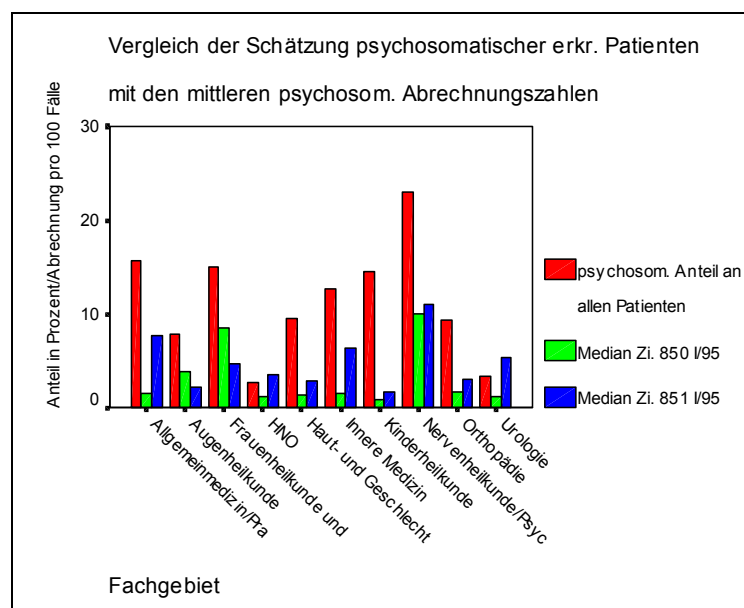


Abbildung 36: Gegenüberstellung der subjektiven Schätzung psychosomatischer Störungen in der Arztpraxis gegen die Abrechnungshäufigkeit, getrennt nach Fachrichtung

7.6. Exkurs: Vergleich der KV-Statistik für niedergelassene Allgemeinmediziner mit dem vorhandenen Datenmaterial

Die Quartalsstatistik der KV wird gegen die KV-Daten hinsichtlich Validität geprüft. Dabei werden die in der KV-Statistik ausgewiesenen Vergleichswerte je Ziffer mit den aus den KV-Daten verfügbaren Zahlen für Allgemeinmediziner verglichen.

Die Anzahl ausführender Ärzte in der KV-Statistik ist etwas niedriger als die in den KV-Daten ausgewiesene Anzahl. Es besteht allerdings eine sehr hohe Korrelation zwischen den Daten ($r=0,956$) bezogen auf alle Quartale. D.h. die Gruppe ‚Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte‘ aus den KV-Daten ist nicht ganz so differenziert, wie die in der KV-Statistik ausgewiesene Fachrichtung.

Die in der KV-Statistik ausgewiesenen Ziffernhäufigkeiten bezogen auf 100 Fälle korreliert stark mit dem berechneten arithmetischen Mittel (Mittelwert) pro Ziffer und Quartal. Tabelle 12 und Abbildung 37 zeigen für die Ziffer 850 exemplarisch den Zusammenhang.

Quartal	n	Mittel	Median	KV-Anzahl	KV-Vergleichswert
1 / 95	702	3,60	1,39	635	3,00
2 / 95	698	3,68	1,65	619	3,00
3 / 95	729	3,68	1,72	648	3,00
4 / 95	755	3,90	1,72	670	3,00
1 / 96	787	5,89	2,54	726	5,00
2 / 96	761	9,59	4,58	706	9,00
3 / 96	849	14,35	7,42	785	14,00
4 / 96	899	15,41	8,71	845	15,00
1 / 97	927	14,84	8,54	873	14,00
2 / 97	946	15,19	9,31	895	15,00
3 / 97	945	10,35	6,47	895	10,00
4 / 97	942	9,33	5,77	898	9,00

Tabelle 12: errechnete und ausgewiesene Kennzahlen der Abrechnungsziffer 850 für Allgemeinmediziner

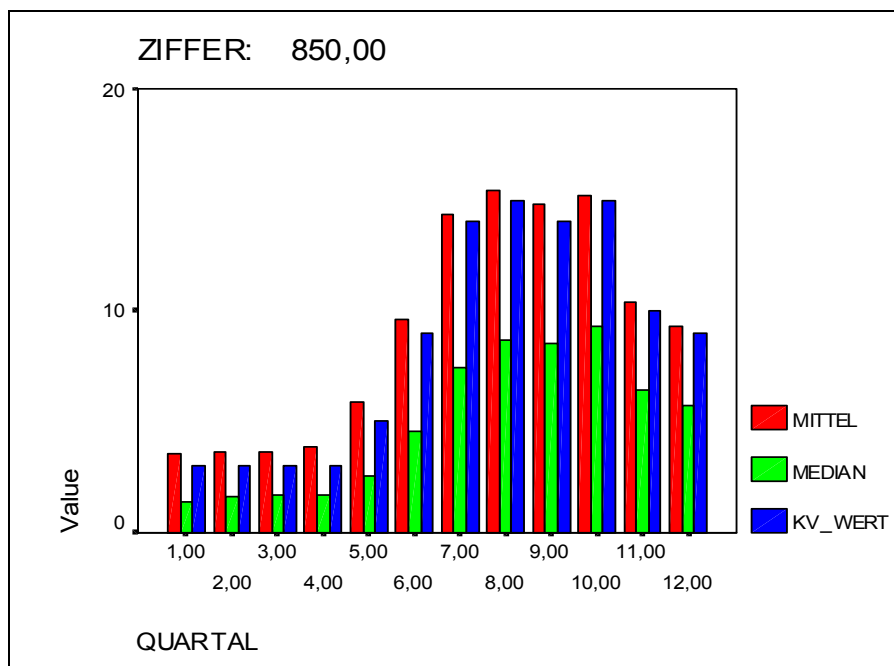


Abbildung 37: Darstellung des statistisch ausgewiesenen Mittelwertes der KV-Quartalsstatistik und der aus dem Datenmaterial errechneten Werte (Mittelwert und Median).

Statt den Median auszuweisen, der die mittlere Abrechnungsverteilung angemessener beschreiben würde, wird der Mittelwert herangezogen, der eine Normalverteilung voraussetzt. Auch fällt auf, dass in der KV-Statistik der ganzzahlige Anteil des Mittelwertes herangezogen wird und nicht der auf die ganze Zahl gerundete Wert.

8. Diskussion

Bei der Ausarbeitung dieser Arbeit gestaltete sich die Literaturbeschaffung als schwierig, obwohl gerade im Bereich der Gesundheitsökonomie vielfältige Forschungsarbeiten vorliegen. Diese untersuchen aber vor allem die Gebiete Bedarfsplanung (so u.a. KIELHORN R. 1990, SCHWARTZ FW ET AL 2001), Kosten im Gesundheitswesen (STATISTISCHES BUNDESAMT HRSG. 1999) oder Versorgungsmodelle (u.a. BÖHLERT I ET AL 1997, KRAUTH CH ET AL 1997, SCHALKHÄUSER K 2000). Es finden sich praktisch keine Untersuchungen, die mit einer vergleichbar differenzierten Datenqualität wie in dieser Arbeit durchgeführt wurden und die Leistungsseite der psychosomatisch tätigen Ärzte beleuchten.

Eine der Ursachen hierfür ist, dass es sich im Gesundheitsbereich immer um hochsensible, personenbezogene Daten handelt. Einerseits unterliegen sie der Schweigepflicht (Patientendiagnosen und Therapieverfahren), andererseits sind sie politisch-ökonomisch von wichtiger Bedeutung. Institutionen, denen diese Daten zugänglich sind, unterliegen einer besonderen Sorgfaltspflicht. Im deutschen Gesundheitssystem sind das u.a. die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen. Krankenkassen verfügen über die Diagnosedaten der Patienten sowie über die Arzneimittelverordnungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten. Die Kassenärztlichen Vereinigungen wiederum verwalten die Leistungsdaten der Ärzte. Diese Daten werden normalerweise nur in hochaggrierter Form der Allgemeinheit zugänglich gemacht (z.B. die jährliche Gesundheitsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung). Die in der Diskussion aufgeführte, vergleichende Literatur unterliegt genau dieser beschriebenen Problematik, nur solches Datenmaterial als Forschungsgrundlage zu haben. Im „Leistungsreport Ärzte“ stellt *J. Klose* erstmals Arztprofile zusammen, die durch Verknüpfung verschiedener Datenbasen ein differenzierteres Bild zum Leistungsgeschehen liefern. Aber auch er bemängelt, „dass uns keine arztbezogenen (personenbezogenen) Originaldaten zur Verfügung stehen, die Berechnungen bestimmter statistischer Zusammenhänge erst ermöglichen würden. Zum Teil liegen derartige Daten aber überhaupt nicht vor.“ (KLOSE J 1993: 3-4).

8.1. Kritische Würdigung des Datenmaterials

Die von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlins zur Verfügung gestellten Abrechnungsdaten aus dem Zeitraum 1994 bis 1997 stellen die Grundlage dieser Arbeit dar. Es stehen allerdings nur Daten derjenigen Ärzte zur Verfügung, die in dem Betrachtungszeitraum mindestens einmal die psychiatrischen Liquidationsziffern 820-823 und/oder die psychosomatischen Ziffern 850-856 abgerechnet haben. Rückschlüsse auf das Abrechnungsverhalten bei anderen Zifferngruppen

(Grundleistungen etc.) sind daher nicht oder nur interpretativ möglich. Weiterhin wird vorausgesetzt, dass während des Untersuchungszeitraums die Anzahl der Ärzte, die erstmals diese Ziffern abgerechnet haben, ebenso konstant ist, wie die Ärzte, die letztmalig abrechneten. Informationen über den Grund der erstmaligen oder letztmaligen Abrechnung einer Leistungsziffer liegen nicht vor. Dass ein Arzt eine bestimmte Leistung nicht mehr liquidiert, kann in der fehlenden Attraktivität der Leistung, veränderten Qualifikationsvoraussetzungen aber auch in der Praxisaufgabe liegen. Bei der Geschlechtsbetrachtung der Ärzte bleiben Gemeinschaftspraxen unberücksichtigt. Das Geschlecht des Arztes einer Gemeinschaftspraxis, dessen Nachname in alphabetischer Reihenfolge in der Tabelle zuerst auftritt, wird als Geschlechtsangabe gewählt. Da sich in der Untersuchung keine eindeutig signifikanten Unterschiede im Abrechnungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten finden, wird auf eine differenzierte Betrachtung von Gemeinschaftspraxen verzichtet. Um strukturelle Angaben zur psychosomatischen Qualifikation und zur Balintgruppenerfahrung mit den Abrechnungsdaten korrelieren zu können, werden Daten aus einem Fragebogen (siehe 6.1.2) entnommen. Einige der Fragen fordern den Arzt auf, Schätzungen in Bezug auf das Patientenkontext und das eigene Abrechnungsverhalten zu tätigen. Das Schätzen von Prozentsätzen ist einer hohen Schwankungsbreite unterworfen und stellt ein relativ ungenaues Maß dar. Aussagen, die auf geschätzten Werten beruhen, haben daher nur einen deskriptiven Charakter. In der Voranalyse der Daten kann kein Zusammenhang zwischen der Schätzung der eigenen Abrechnungshäufigkeit psychosomatischer Leistungsziffern und der tatsächlichen Abrechnung gefunden werden. Die erfragte Anzahl der absolvierten Balintstunden entspricht nicht den Qualifikationsvoraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen der PSGV. Die Mindeststundenzahl wird in der Definition (siehe 4.1.1) mit 15 Doppelstunden angegeben. Zur Beantwortung der Frage ist nur der Skalenbereich „21-40“-Doppelstunden auswählbar. Das in der Analyse verwendete Qualifikationskriterium „Balintgruppenerfahrung“ trennt eine hohe von einer geringeren Erfahrung an der Stelle 20 Doppelstunden. Die formale Qualifikation, die zur Abrechnung von Leistungen der PSGV berechtigt, ist im Fragebogen nicht durch eine alternative Auswahl zu beantworten, obwohl die Frage sicher so gemeint ist. Einige Ärzte beantworteten diese Frage durch Mehrfachnennungen. Daher ist es notwendig, die eindeutige Antwort mit der höchsten Priorität auszuwählen. Die 1. Antwort wird daher der 2. und diese wiederum der 3. Antwort bei Mehrfachnennungen vorgezogen.

8.2. Strukturelle Unterschiede und Abrechnungsverhalten

In dieser Arbeit werden als Strukturmerkmale das Geschlecht des Arztes, der Stadtteil der Niederlassung (ehem. Ostberlin zu ehem. Westberlin), die Balintgruppenerfahrung sowie die for-

male Qualifikation in der PSGV mit der Häufigkeit der diagnostischen und therapeutischen, psychosomatischen Leistungsziffer verglichen. Die Fachrichtungszugehörigkeit, die Dauer der Niederlassung und die Fallzahl pro Quartal werden deskriptiv erwähnt.

Hypothese 1.a.: *Männliche Ärzte rechnen Leistungen der PSGV häufiger als Frauen ab.*
Ergebnis: Das Geschlecht des Arztes spielt für die Abrechnungshäufigkeit psychosomatischer Leistungskennziffern keine Rolle (siehe 7.2.1).

Dass das Geschlecht des Arztes Einfluß auf sein diagnostisches und therapeutisches Handeln hat, wird in wenigen Arbeiten untersucht. Abrechnungsrelevante Untersuchungen finden sich bisher allerdings nicht. Männliche Ärzte scheinen häufiger Psychopharmaka als ihre weiblichen Kollegen zu verschreiben (GLAESMER H, DETER HC 2002). Demgegenüber scheinen weibliche Ärzte ihren weiblichen Patienten mehr psychotrope Medikamente zu verschreiben als den männlichen Patienten (MORABIA A, FABRE J 1992). Ärztinnen unterscheiden sich von ihren männlichen Kollegen hinsichtlich ihrer Gesprächsinhalte und den daraus resultierenden therapeutischen Maßnahmen (BENSING JM, VD BRINK-MUINEN A, DE BAKKER DH 1993, ROTHER D, LIPKIN M, KORSGAARD A 2001). So seien Ärztinnen eher partnerschaftlich, stellen mehr Fragen und geben mehr Antworten. Das weibliche Patienten bei sozialen Problemen eher Ärztinnen aufsuchen, zeigt J.M. Bensing. Gerade in der Allgemeinmedizin und in der Gynäkologie sei diese Tendenz von Bedeutung. Im Vergleich zu den eigenen Daten scheint sich diese Aussage zu relativieren. Der Anteil des Patientenkontakts mit psychosomatischen Störungen wird bei Ärzten wie auch bei Ärztinnen gleich behandelt.

Hypothese 1b: *Ärzte im Westteil Berlins rechnen Leistungen der PSGV häufiger als ihre Kollegen im Ostteil der Stadt ab.*

Ergebnis: Diese Hypothese kann durch die Untersuchung bestätigt werden (siehe 7.2.2).

Eine mögliche Erklärung wäre der geringere Anteil an Fachärzten für Psychiatrie und/oder Psychotherapie im Ostteil der Stadt im Vergleich zum Westteil. Außerdem wird der Anteil der psychisch oder psychosomatisch erkrankten Patienten im eigenen Klientel von Ärzten im Ostteil der Stadt nur auf 37,6 % ($\pm 22,9$), von Ärzten im Westteil der Stadt auf über 46,2 % ($\pm 28,1$) geschätzt.

In der vorhandenen Literatur finden sich Studien, die die psychosomatische Behandlung von Patienten im Ost-West-Vergleich betrachten. Eine der Abhandlungen hat als Grundlage den in Abschnitt 6.1.2. beschriebenen Fragebogen. Die Aussage „Ärzte in Ostberlin schätzen psychosoziale Belastungen ihrer Patienten identisch oder niedriger ein als ihre Kollegen in Westberlin“ (DECKER O ET AL. 2000: 181) bestätigt sich auch in der eigenen Untersuchung. Allerdings läßt sich die weitere Aussage, „dass die Ostberliner Kollegen deutlich mehr therapeutische Maßnah-

men ergreifen als Westberliner Ärzte“ nur auf die persönlichen, subjektiven Angaben der interviewten Ärzte im Fragebogen anwenden. Denn ein Vergleich mit den in meiner Arbeit untersuchten realen Abrechnungsdaten zeigt, dass Westberliner Ärzte signifikant mehr diagnostische und therapeutische Leistungen der PSGV abrechnen als ihre Kollegen in Ostberlin. Dies korreliert auch mit der subjektiven Schätzung der Ärzte zur biosozialen Belastung ihres Patientenklintels mit der eigenen Abrechnungshäufigkeit. Eine Erklärung für die niedrigere Einschätzung psychosozialer Befindlichkeitsstörungen bei Ostberliner bzw. ostdeutschen Ärzten, könnte die tatsächlich geringere Morbidität psychischer Erkrankungen in Ostdeutschland sein (BRENNER G HRSG. 2000: 20), wobei die Krankheitshäufigkeit in beiden Teilen Deutschlands etwa gleich hoch ist (BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT HRSG.1996). Interessanterweise war das Klagen ostdeutscher Patienten in Bezug auf Befindlichkeiten laut *A. Hessel* (HESSEL A, GEYER M, WÜRZ J, BRÄHLER E 1997) wesentlich höher ausgeprägt als bei westdeutschen Patienten. Das unterschiedliche Bewußtsein für psychische Erkrankungen, sowie unterschiedliche Behandlungsstrategien führt *J. Richter* (RICHTER J, EISENMANN M, BAUER B, PORZOLT F 1997) einerseits auf die unterschiedliche Mentalität von Patienten und Ärzten aufgrund einer differenten Sozialisationsgeschichte als auch auf eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung bei den Weiterbildungscurricula der Ärzte (KÖNIG W, GEYER M 1991) zurück.

In der eigenen Untersuchung lassen sich bezüglich der Fort- und Weiterbildungsqualität in der psychosomatischen Grundversorgung im Ost-West-Vergleich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

G. Brenner untersuchte für das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung Unterschiede der Bevölkerungsstrukturen im Ost-West-Vergleich. Nach dieser Untersuchung, welche die Bundesländer Niedersachsen und Sachsen-Anhalt miteinander vergleicht, stellt er fest, dass der Anteil an ostdeutschen Patienten mit Verhaltens- oder psychischen Störungen mit 1,5 % niedriger liegt als bei westdeutschen Patienten. (BRENNER G HRSG. 2000: 84-86). Auch liegt der Anteil bei Arbeitsunfähigkeitszeiten im Osten um 5 % niedriger als im Westen. Ostdeutsche Ärzte verordnen im Vergleichszeitraum 1997 mit 12,12 % weniger Psychopharmaka als ihre westdeutschen Kollegen mit 14,5 % am Gesamtanteil der verordneten Medikamente. Die Aussage: „Ost- [...] Patienten bekommen mehr Zuwendung in Form therapeutischer Intervention als West- [...] Patienten.“ in der Studie von (zit. n. DETER HC, DILG R, GEYER M, HESSE A, DECKER O 2000: 189-190) läßt sich für die Psychopharmakaverordnung mit dieser Studie nicht bestätigen.

In der eigenen Untersuchung (7.2.2) zeigt sich, dass Ärzte im Westteil der Stadt signifikant mehr diagnostische als auch therapeutische Leistungen (Ziffern 850 und 851) abrechnen als ihre Ost-

berliner Kollegen. Gesetzt den Fall, die Untersuchungsergebnisse von G. Brenner ließen sich auf Berlin übertragen, würde dies die niedrigere Leistungsabrechnung im Ostteil Berlins erklären.

Hypothese 1c: *Ärzte, die eine große Balintgruppenerfahrung haben, rechnen häufiger Leistungen der PSGV ab als die Kollegen, deren Erfahrung geringer ist.*

Ergebnis: Es läßt sich kein Zusammenhang zwischen der Balintgruppenerfahrung und der Abrechnung der diagnostischen Leistungskennziffer feststellen. Ärzte mit hoher Balintgruppenerfahrung rechnen allerdings die therapeutischen Leistungsziffern signifikant häufiger ab als ihre Kollegen mit geringer Balintgruppenerfahrung (siehe 7.2.3).

Die aus der verstärkten Nutzung an Balintgruppen resultierende Sensibilisierung für psychosomatische Symptome, scheint sich positiv auf die therapeutische Behandlungsbereitschaft auszuwirken. Leider findet sich keine Literatur, die dieses Ergebnis bestätigt.

Hypothese 1d: *Ärzte, die durch eine Fortbildung die Qualifikation zur Abrechnung von Leistungen der PSGV erhalten haben, rechnen häufiger diese Leistungen ab als Ärzte mit anderer Qualifikationsvoraussetzung.*

Ergebnis: Es finden sich keine Unterschiede im Abrechnungsverhalten von Ärzten mit unterschiedlichen Qualifikationsvoraussetzungen (siehe 7.2.4).

Aus der Einstufung des Kriteriums ‚Formale Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung‘ in „Übergangsregelung“, „Psychosomatikkurs“ und „Zusatzqualifikation zur Psychotherapie“ läßt sich nur bedingt eine qualitative Rangfolge ableiten. Im Kurzfragebogen wird zusätzlich einschränkend dieses Kriterium nur im Hinblick auf erworbene Theoriestunden im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erfragt. So mag es auch nicht überraschen, dass die Beantwortung dieser Fragen nicht mit den absolvierten Balintstunden korreliert. Die Gruppen unterscheiden sich in ihrem Abrechnungsverhalten von diagnostischen und therapeutischen Leistungsziffern nicht signifikant voneinander. Der Weg, auf welchem der Arzt sich die theoretischen Grundlagen zur psychosomatischen Grundversorgung angeeignet hat, scheint keinen Einfluß auf ein verstärktes diagnostisches und therapeutisches Handeln zu haben.

Die Strukturqualität bezüglich Diagnoseerkennung und Behandlung psychosomatischer Erkrankungen wird in der Fachliteratur kontrovers diskutiert. In der deutschen Literatur finden sich hier wiederum nur Vergleiche zwischen Ost- und Westdeutschland. M. Geyer (GEYER M 2001) postuliert trotz unterschiedlicher Staatsgebilde eine nahezu kompatible Weiterbildungsstruktur bzgl. der psychotherapeutischen Ausbildung (siehe auch DOGS W 1991, FISCHER W 1990). Da allerdings, so resümiert M. Geyer, in Ostdeutschland die jeweilige Staatsmacht der Psychotherapie subversive Potenz unterstellte und der dadurch erzeugte Anpassungsdruck der Psychotherapeuten und ihrer Institutionen sich markant von den Westdeutschen Kollegen unterschied, „liegt

es in der Natur der deutschen Vereinigung, dass die Identifizierung ‚östlicher‘ Psychotherapeuten mit ihrem Herkunftssystem bewußter und reflektierter vorgenommen wurden als dies in umgekehrter Richtung erfolgte“ (zit. n. GEYER M 2001: 511). Die von ihm daher geforderte dringend notwendige Auseinandersetzung der jeweils persönlichen Einschätzung des Berufsbildes „Psychotherapeut“ in unserer gegenwärtigen Gesellschaft, scheint daher angebracht.

Deskriptive Betrachtung des Kriteriums „Fachrichtung“ (siehe 7.2.5.1): Der Anteil an psychosomatischer Grundversorgung ist zwischen den Fachrichtungen sehr unterschiedlich. Die vier in Bezug auf die Arztzahl größten Fachrichtungen (Allgemeinmediziner, Internisten, Gynäkologen, Neurologen/Psychiater/Psychotherapeuten) tragen knapp 94% der diagnostischen Leistungen und 96% der therapeutischen Gesprächsleistungen an der psychosomatischen Grundversorgung. Fachärzte für Nervenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie tragen über ein Viertel der diagnostischen und ein Drittel der therapeutischen Leistungen am gesamten Patientenkontinuum und sind damit jeweils an zweiter Stelle der Rangfolge. Auffallend ist, dass 30,4 % aller psychosomatisch erkrankten Patienten in Berlin von Gynäkologen diagnostiziert werden, die psychosomatische Gesprächsleistung bei ihnen aber nur bei 6% liegt. Praktische Ärzte und Allgemeinmediziner übernehmen mit 45,8 % den größten Anteil der psychosomatischen Gesprächstherapie in Berlin.

Fachgruppenspezifische Vergleiche im psychosomatischen Abrechnungsverhalten finden sich bei (ABHOLZ H 1995). Dieser betrachtet die Häufigkeit ausgewählter Leistungen der ärztlichen Grundversorgung und zeigt die Unterschiede zwischen den Fachrichtungen auf. In dieser Arbeit werden Abrechnungsdaten der KV Hessen von 1993 untersucht. Die Untersuchungen bezüglich der PSGV betreffen nur die therapeutische Leistungsziffer 851. Auch hier rechnen Nervenärzte diese am häufigsten ab, danach folgen die Internisten und Allgemeinärzte. Es finden sich keine Unterschiede zwischen den letztgenannten Arztgruppen. An vierter Stelle der Abrechnungshäufigkeit finden sich die Frauenärzte. Auffällig ist allerdings ein Vergleich der Bundesländer Hessen und Berlin in Bezug auf die Abrechnungshäufigkeit. Berliner Ärzte rechnen wesentlich häufiger die psychosomatische Gesprächsleistung ab als ihre hessischen Kollegen. Einschränkend sollte allerdings erwähnt werden, dass die hessischen KV-Daten zwei Jahre älter sind und die Häufigkeitsangabe als Mittelwert bezogen auf hundert Fälle und nicht wie in dieser Arbeit als Median dargestellt wird (siehe auch 7.6). Gründe für die höhere Abrechnungshäufigkeit der Berliner Ärzte zu finden, ist allerdings schwierig. Leider liegen keine Vergleichsdaten zur Krankheitsstruktur in den einzelnen Bundesländern vor. Diese könnten möglicherweise auf eine höhere Morbidität von psychischen Krankheiten in Ballungszentren wie Berlin hindeuten, was einen entsprechend erhöhten Handlungsbedarf rechtfertigen würde.

Die Arbeiten von J. Klose (KLOSE J. 1993, KEREK-BODDEN H, KLOSE J. 1994) beschreiben Unterschiede der Leistungserbringung verschiedener Fachrichtungen. Es werden hierzu Facharztprofile erstellt. Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung werden hier allerdings in die Gruppe der allgemeinen Sonderleistungen subsumiert und können daher mit den eigenen Daten nicht sinnvoll verglichen werden.

Deskriptive Betrachtung des Kriteriums „Dauer der Niederlassung“ (siehe 7.2.5.2): Aus der Dauer der Niederlassung lassen sich keine Aussagen zum Abrechnungsverhalten ableiten. Im untersuchten Datenmaterial zeigt sich, dass sich Ärzte im Ostteil Berlins praktisch erst seit 1990 nach dem Mauerfall niedergelassen haben. Zuvor wurde fast die gesamte ambulante ärztliche Versorgung dort vor allem durch Polikliniken und Ambulatorien geleistet.

Deskriptive Betrachtung des Kriteriums „Fallzahl“ (siehe 7.2.5.3): Die diagnostische Leistung, eine psychosomatische Erkrankung zu erkennen (und nach Ziffer 850 abzurechnen), hängt nicht von der Fallzahl der Praxis ab. Anders verhält sich die Anzahl psychosomatischer Gesprächsleistungen zur Zahl der Patienten. Aus dem erhobenen Datenmaterial läßt sich ein umgekehrt proportionales Verhältnis erkennen. Je kleiner die Arztpraxis (in Bezug auf die Fallzahl), desto häufiger wird die Ziffer 851 liquidiert. Diese Aussage ist unabhängig von der Fachrichtung und auch unabhängig von der Qualifikation bzw. der Balintgruppenerfahrung des niedergelassenen Arztes. Welche Gründe kann es für dieses doch sehr auffällige Abrechnungsmuster geben? Das vorhandene Datenmaterial liefert hierzu leider keine ausreichenden Hinweise. Zwei Möglichkeiten wären vorstellbar: Erstens könnte die niedrige Fallzahl den jeweiligen Arzt zwingen, genauer abzurechnen, um seine Existenz zu sichern. Zweitens kann ein Arzt mit wenigen Patienten mehr Zeit für den einzelnen aufbringen, während eine Arztpraxis mit hohem Patientenaufkommen unter Umständen weniger Spielraum hat, zeitlich aufwendige Gesprächstherapien durchzuführen. Einschränkung ist zu berücksichtigen, dass sich hinter großen Fallzahlen Gemeinschaftspraxen mit mehreren tätigen Ärzten verbergen können. Nur wenn jeder der Ärzte einer Gemeinschaftspraxis im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung therapieren würde, könnte sich die gemachte Aussage relativieren.

8.3. Äußere Auswirkungen auf das Abrechnungsverhalten

Hypothese 2a: *Eine verbesserte Leistungsbewertung führt zu höherer Abrechnung – Die Höherbewertung der therapeutischen Leistungsziffer 851 ab dem Jahr 1996 führt zu einer vermehrten Abrechnung dieser Ziffer.*

Ergebnis: Diese Hypothese läßt sich für die therapeutische Leistungsziffer 851 nicht bestätigen. Diese wird ab dem Jahre 1996 seltener abgerechnet.

Wie sich durch gesetzliche Vorgaben das Abrechnungsverhalten von niedergelassenen Ärzten verändert, beschreibt *Ch. Krauth*: „Die ständigen Änderungen des Vergütungssystems taten ein übriges, um die Leistungsausdehnung zu beschleunigen. Mit den Reformen des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) von Anfang 1996 und Mitte 1997 sollte der Punktwertverfall gestoppt und die Verteilung zwischen den Arztgruppen gerechter gestaltet werden. Tatsächlich führte die EBM Reform 1996 zu einem sprunghaften Punktwertverfall. Denn die Ärzte antizipierten den Preisverfall und dehnten die nunmehr besser honorierten Leistungen – insbesondere Gesprächsleistungen – extrem aus (oder rechneten sie zumindest vermehrt ab) “ (*KRAUTH CH ET AL 1997: 4*). Das diese Aussage nicht für alle Leistungen generell getroffen werden kann, zeigen die eigenen Untersuchungen.

Im folgenden soll versucht werden, die äußeren Einflüsse auf die Abrechnung der psychosomatischen Leistungsziffern 850 und 851 zu erklären. Zunächst wird die diagnostische Ziffer 850 beleuchtet. Mit dem Jahr 1996 kommt es zu keiner Änderung der Bewertung oder der Definition dieser Ziffer. Dennoch wird diese Ziffer für Psychotherapeuten und Psychiater uninteressant. Es ist anzunehmen, dass diese Fachgruppe auf andere, attraktivere Leistungsziffern ausweicht. Attraktiver ist zum einen die mit dem neuen EBM besser bewertete Ziffern 820 – von 320 auf 400 Punkte. Diese Ziffer ist allerdings im Gegensatz zur 850 nur einmal pro Quartal und Patient zu liquidieren (die 850 zweimal). Bei der Betrachtung der Ziffer 820 und der ebenfalls diagnostischen Ziffer 821 zeigt sich kein Anstieg im Abrechnungsverhalten. Weiterhin muß davon ausgegangen werden, dass die speziellen diagnostischen psychotherapeutischen Leistungsziffern des Kapitels G IV ebenfalls kompensatorisch herangezogen wurden. Diese Leistungsgruppe wurde mit Einführung der Leistungsbudgets im Quartal III/97 mengenmäßig nicht begrenzt. Zudem wurde die diagnostische Ziffer 860 - Biographische Anamnese über 50 Min. - ab III/97 in der Bewertung fast verdoppelt (von 750 auf 1450 Punkte). Das könnte die weitere, fallende Tendenz der Abrechnung der Ziffer 850 ab III/97 erklären. Alle Fachgruppen außer den Psychotherapeuten rechnen die Ziffer 850 seit dem Jahr 1996 deutlich häufiger ab. Es ist anzunehmen, dass durch den Wegfall der psychiatrischen Leistungsziffern 820 und 821 das entstandene Liquidationsvakuum durch die Ziffer 850 ausgeglichen wurde.

Betrachtet man die Leistungsdefinitionen des Kapitels BI des EBM (Grundleistungen, Prävention und sonstige Hilfen⁶) vor und nach 1996, so fallen weitere gravierende Änderungen bei der Gestaltung der diagnostischen Leistungsziffern auf. In der ‚alten‘ Leistungsdefinition sind mehrere Leistungsziffern, die gesprächsdiagnostischen Charakter haben (Ziffer 9, 10, 11, 12 und 13) definiert. Die Ziffern 12 und 13 haben am ehesten psychodiagnostischen Charakter. Mit Einführung der neuen Leistungsdefinition fallen diese Ziffern komplett weg. Dafür entsteht nur eine

neue Ziffer 11, die sowohl Diagnostik und Behandlung einer psychischen Destabilisierung vorsieht. Deren Bewertung entspricht mengenmäßig und zeitlich zunächst der Ziffer 851 (15 Minuten, 450 Punkte). Sie wird aber ab dem Quartal III/97 auf 300 Punkte gekürzt. Durch Fortfall der übrigen diagnostischen Ziffern gewinnt die diagnostische psychosomatische Ziffer 850 eine größere Bedeutung als Abrechnungsalternative. Erst mit der Deckelung der Ziffern ab III/97 über ein (Zusatz-) Budget geht die Abrechnungshäufigkeit auf den Stand der ersten beiden Quartale des Jahres 1996 zurück (siehe Definition des Zusatzbudgets).

Wie erklärt sich der leicht negative Trend in der Abrechnung der therapeutischen Leistungsziffer 851 bei allen Fachrichtungen ab dem Jahr 1996? Ein Argument könnte sein, dass die Bewertung dieser Leistung von 300 auf 450 Punkte angehoben wurde. Bei gleicher Liquidationshäufigkeit ergäbe sich so eine höhere Gesamtpunktzahl. Ein weiterer Grund dafür scheint die Neudefinition zweier Leistungsziffern im neuen EBM-Kapitel für Grundleistungen BII (Beratungs- und Betreuungsgrundleistungen) zu sein. Das ist die bereits beschriebene Ziffer 11 sowie die Ziffer 10 (therapeutisches hausärztliches Gespräch). Beide Ziffern haben bis zum Quartal II/97 mit 450 Punkten den gleichen Wert, wie die Ziffer 851. Die dem psychotherapeutischen Gespräch äquivalenten Ziffern können als Abrechnungsalternative ebenfalls genutzt werden. Vor allem Ärzte, die ab dem Jahr 1996 nicht mehr Leistungen der PSGV abrechnen dürfen, sind auf diese Ziffern angewiesen. Diese beiden Leistungsziffern wurden scheinbar in einem so hohen Maße abgerechnet, dass sich die KBV im Quartal III/97 gezwungen sah, die zeitliche Bewertung beider Ziffern von 15 auf 10 Minuten zu reduzieren und im gleichen Verhältnis die Punktbewertung auf 300 Punkte zu kürzen.

Die am Anfang des Kapitels erwähnte allgemeine Aussage von *CH. Krauth* lässt sich nicht zwanglos für alle besser bewerteten Gesprächsleistungen anwenden. Um sichere Aussagen bezüglich kompensatorischer Abrechnungseffekte zu treffen, wären Studien notwendig, die alle Leistungsziffern im Zeitraum betrachten.

Wie sich das Abrechnungsverhalten bzw. die Motivation des Arztes eine Leistung zu erbringen, durch verschiedene Honorierungsformen ändert, wurde theoretisch in verschiedenen Abhandlungen ausgeführt. *Graf von der Schulenburg* untersuchte bereits 1981 die Allokationswirkungen niedergelassener Ärzte bei verschiedenen Honorierungsformen. In dem in Deutschland üblichen gemischt-zweistufigen Honorarverfahren, bei dem das Gesamthonorar für alle Ärzte zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgehandelt wird und für die Honorarverteilung die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung verantwortlich ist, ist es „für den einzelnen Arzt nicht von Bedeutung, welche Honorarform auf der ersten Stufe [...] verwendet wird, sondern für seine Disposition ist vielmehr von Interesse, nach welcher Honorarform er selbst

entlohnt wird. [Dabei] wird der Arzt [...] mit einem zusätzlichen Risiko konfrontiert: Er weiß [...] nicht, wie hoch der Honorarsatz sein wird, da dieser erst im nachhinein festgelegt werden kann.“ (zit. n. SCHULENBURG JM GRAF VD 1981:259-260). Keine der untersuchten Honorierungsmodelle hat für den Arzt nur positive Allokationseffekte. Die dem Autor am interessantesten erscheinende Honorierungsform ist diejenige, welche „potentielle Patienten“ als Bemessungskriterium für die Honorierung wählt. Damit nimmt er die derzeitige Diskussion der Leistungsvergütung nach Krankheitsgruppen (DRG – Diagnosis-Related-Groups), wie sie bereits im Krankenhausbereich eingesetzt wird und in einer Neuformulierung des EBM auch im niedergelassenen Bereich geplant ist, weit voraus. Aus der Misere der als zu starr und unangemessen empfundenen Form der jetzigen Leistungshonorierung, sieht *Ch. Krauth* den Ausweg in der erfolgs- und ergebnisorientierten Vergütung (KRAUTH CH ET AL 1997). Auch er beschreibt in seiner Arbeit unterschiedliche Vergütungsmodelle und bewertet ihre Stärken und Schwächen gegeneinander. Ähnlich wie *von der Schulenburg* ist er der Auffassung, dass auf der Basis einer diagnosebezogenen Grundhonorierung eine Verbesserung der Vergütungsverteilung erreicht werden kann. Zusätzlich baut er auf eine Bonushonorierung für den Behandlungserfolg. Die praktische Umsetzung diagnosebezogener Leistungskomplexe wurde bereits 1995 im EBM-Modell „Urologie“ (SCHALKHÄUSER K 2000) vorgestellt: „mit der Erwartung von Rationalisierungsgewinnen“. Ob dieses allerdings in Arztpraxen getestet wurde, ist nicht bekannt. *T. Gries* und *D. Langeleh* (GRIES T, LANGELEH D. 2003) gehen in ihren Überlegungen, neue Anreizsysteme für ein effizientes Gesundheitssystem zu schaffen, einen anderen Weg. Sie hoffen, durch Evaluierung aller medizinischen Leistungen und Selektion der Ärzte (Leistungsanbieter) über Qualitätsnormen zu einer Ökonomisierung im Sinne einer Kostenreduktion zu kommen. Die zusätzlich anfallenden Qualitätskosten⁴ werden in dieser Arbeit nicht mitberechnet.

Theoretische Arztverhaltensmodelle, die gesprächsdiagnostische und –therapeutische Leistungen beleuchten und monetär quantifizieren, konnten bei der Literaturrecherche nicht gefunden werden. Allerdings beschreibt *S. Zepf* (ZEPF, S, MARX, A, MENGELE U 1997) einen interessanten Aspekt des Arztverhaltens in Bezug auf die Kassenzugehörigkeit von Patienten. Er stellt fest, dass die Kassenzugehörigkeit Einfluß auf die Art der psychotherapeutischen Behandlung hat. „Primärkassenversicherte erhalten signifikant weniger Langzeittherapien und Psychoanalysen als Ersatzkassen- oder anders Versicherte; der Anteil der suggestiven Verfahren, Kurzzeittherapien und der psychosomatischen Grundversorgung ist dagegen bei Primärkassen Versicherten höher“ (zit. n. BÜHRING P 1997). Da Ersatzkassen für psychosomatische Leistungen mehr Punkte hono-

⁴ Verwaltungskosten, die durch die qualitätssichernden Maßnahmen zusätzlich anfallen

rieren, scheint hier das marktwirtschaftliche Prinzip zu greifen: Je mehr Honorierung, umso mehr Leistungserbringung.

Hypothese 2b: Die Budgetierung einer Leistung verringert deren Abrechnungshäufigkeit – Mit Einführung von Leistungsgruppenbudgets für Leistungen der PSGV werden die Ziffern 850 und 851 wieder seltener abgerechnet.

Ergebnis: Die Hypothese kann bestätigt werden. Allerdings zeigt die Ziffer 851 bereits vor Einführung des Budgets einen negativen Abrechnungstrend (siehe 7.4)

Derzeit arbeitet die Kassenärztliche Bundesvereinigung an einer kompletten Überarbeitung des EBM-Leistungskataloges mit der Bezeichnung „EBM 2000 Plus“. Dieser Leistungskatalog soll die derzeitige Leistungsbudgetierung ablösen und über eine weitere Zusammenführung von Leistungen zu Leistungskomplexen sowie einer strengeren Trennung in fach- und hausärztliche Bereiche zu einer Punktwertstabilisierung führen. Die Kalkulation der Leistungskomplexe soll auf betriebswirtschaftlicher Grundlage erfolgen. Ob sich ein qualitätsgebundenes System in diesem Katalog wiederfindet, ist derzeit noch unklar. Diskutierte Anreizsysteme sind unter anderen die Honorierung für eine verbesserte Kommunikation zwischen Hausarzt und Facharzt, z.B. durch eine Berichtspflicht (RATHGEBER KD 2000). Die Entscheidung über die Einführung des neuen Vergütungssystems für Ärzte war für Dezember 2000 geplant. Ob und wann das System zum Einsatz kommt, ist bis heute ungewiß.

Dass gesetzliche Änderungen das Arztverhalten beeinflussen, zeigen (SCHULENBURG JM GRAF VD, SCHÖFFSKI, O 1994) am Beispiel der Arzneimittelregulierung ab 1993. Die Begrenzung der Arzneimittelausgaben – damals noch unter Gesamthaftung aller Ärzte für das Budget – führte zu einem Anstieg im Überweisungs- und Einweisungsverhalten. Die theoretische Erklärung finden die Autoren darin, dass Ärzte an Fachkollegen weiterüberweisen, um das eigene Budget zu schonen oder um Therapien, die mit kostenintensivem Arzneimitteleinsatz verbunden sind, anderen Kollegen zu überlassen.

8.4. Bedarf an psychosomatischer Grundversorgung

Hypothese 3.a.: Ärzte rechnen seltener Leistungen der PSGV ab als sie es aufgrund der geschätzten Häufigkeit psychosomatischer Erkrankungen am eigenen Patientenkontext könnten.

Ergebnis: Diese Hypothese kann anhand des vorliegenden Datenmaterials bestätigt werden.

Die eigene Untersuchung zeigt, dass der Anteil psychosomatisch erkrankter Patienten vom behandelnden Arzt auf einem Anteil von etwa 15% am eigenen Patientenkontext geschätzt wird. In der Einzelbetrachtung ergeben sich jedoch teilweise erhebliche Unterschiede pro Fachgruppe. Die subjektive Schätzung des Arztes entspricht in ihrer Häufigkeitsverteilung tendenziell der

Abrechnungshäufigkeit der jeweiligen Fachrichtung. Die Häufigkeit der Abrechnung psychosomatischer Leistungsziffern liegt, gemessen am Anteil der Patientenpopulation, deutlich unter dem geschätzten Bedarf. Der Gesamtanteil aller psychischen Erkrankungen wird in allen Fachrichtungen auf etwa dreimal so hoch wie der Anteil der psychosomatischen Erkrankungen geschätzt. Daraus ergibt sich allerdings nicht folgerichtig die Notwendigkeit einer Behandlung oder auch nur einer expliziten Diagnosestellung gegenüber der Krankenkasse. So zeigt *M. Zielke* (ZIELKE M 2001), dass der diagnostizierte Anteil psychischer Störungen am Gesamterkrankheitsaufkommen im Jahre 1996 bei nur 2,25% lag. Vergleicht man die Zahlen mit denen von 1980, hat sich die Morbidität an psychisch erkrankten Patienten fast verdoppelt (1980 1,28%). Daraus ist zunächst abzuleiten, dass diese Krankheitsbilder zunehmend an Bedeutung gewinnen, zumal die Arbeitsunfähigkeitszeiten bei diesem Patientenkontingent verglichen mit allen anderen Krankheitsbildern um etwa 2,5 mal so hoch liegen (39,9 Krankheitstage je Fall/Jahr bei psychisch Erkrankten gegenüber 16,5 Krankheitstage je Fall/Jahr bei allen anderen Erkrankungen im Jahre 1996).

Die Budgetierung der Leistungen der PSGV ab Juli 1997 begrenzt faktisch die Möglichkeit, eine bedarfsgerechte Diagnostik bzw. Therapie anzubieten und auch finanziell erstattet zu bekommen. Das Überschreiten der Budgetgrenze durch vermehrte Liquidation wird nur in Ausnahmefällen honoriert. Denn die besonderen Verhältnisse einer Praxis, so z.B. der hohe Anteil an psychosomatisch erkrankten Patienten, ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu begründen und stellt die einzige Möglichkeit dar, einen höheren Fallpunktwert für das Zusatzbudget zu erzielen. Ein Anreiz zur Erweiterung des Praxisspektrums im Hinblick auf die PSGV besteht wegen solcher Budgetgrenzen derzeit nicht.

Eine besondere Situation herrscht in Berlin. Hier liegt die Arztdichte im bundesweiten Vergleich (siehe Abt. 4.3) rechnerisch fünfmal so hoch, wie in den übrigen Bundesländern. Das gilt auch für die Zahl der niedergelassenen Fachpsychotherapeuten und nichtärztlichen Psychotherapeuten. Eine niedrige Abrechnungshäufigkeit des Einzelnen kann daher auch am hohen Angebot der Therapeuten liegen. Das diagnostische und therapeutische Leistungsspektrum der Psychotherapeuten wird im EBM-Kapitel G IV festgeschrieben. Dieser Bereich ist einer der wenigen nichtbudgetierten Leistungsgruppen und führte nach seiner Einführung in Zusammenhang mit der Zulassung nichtärztlicher Psychotherapeuten an der vertragsärztlichen Versorgung zu einem extremen Punktwertverfall (im Jahre 2000 1,2 Dpf. in Berlin im Vergleich zu 4,4 Dpf. im übrigen Bundesgebiet). Hier scheint das kompensatorische Ausweichen auf diesen Leistungskomplex eine Rolle gespielt zu haben.

Auf ein Problem bei der Bedarfsbetrachtung nach psychosomatischen Grundleistungen weist *K.-D. Henke* und *A. Strang* hin: „psychosomatische Krankheiten [werden] weder als eigenständige ICD-Klassifikation⁵, noch als 'Krankheitsart' unterschieden [...]“ (zit. n. HENKE KD, STRANG A 2001: 556). Möglicherweise werden psychosomatische Krankheitsfelder unter einem anderen Diagnoseschlüssel verklausuliert. Ähnliches gilt unter Umständen auch für den Leistungsblock Psychosomatik des EBM. Der Umsatzanteil dieses Leistungsblocks am gesamten Leistungsgeschehen, lag 1992 in den alten Bundesländern bei 0,83 %. Auch hier wird vermutet, dass „verschiedene der Psychosomatik zuzuschreibende medizinische Leistungen auf andere, für den Hausarzt günstigere Abrechnungstatbestände verlagert werden“. Das wird ebenfalls in der eigenen Studie bestätigt, zumindest bei dem veränderten Abrechnungsverhalten der Psychiater seit 1996, für die der Leistungsblock Psychosomatik plötzlich „uninteressant“ wurde, was darauf schließen läßt, dass sie auf attraktivere Leistungsziffern - ohne Budgetbegrenzung - ausweichen. *K.-D. Henke* fordert daher für die notwendige Recourcenallokation dieser Krankheitsgruppe einerseits eine hinreichende Operationalisierung und Evaluation und andererseits eine eindeutig anerkannte Abgrenzung psychosomatischer Krankheiten im ICD von anderen somatischen und psychischen Krankheiten.

In einer META-Analyse von Studien die zwischen 1990 und 1999 durchgeführt wurden, kommen *J. Kruse* und *W. Tress* zu dem Ergebnis, dass „ca. 50-70 % der psychischen und psychosomatischen Störungen vom Hausarzt nicht erkannt werden, auch wenn eine erhebliche Beeinträchtigung des Patienten vorliegt“ (KRUSE J, TRESS W. 2001: 297). In einer anderen Studie (GULBRANDSON P, HJORTDAL P, FUGELLI P 1997) kommen die Autoren zu dem Ergebnis, dass Hausärzte nur etwa ein Drittel jener psychosozialen Probleme erfahren, von denen die Patienten annehmen, dass sie ihre Gesundheit erheblich beeinträchtigen. Weshalb Patienten ihre psychosozialen Symptome ihrem Arzt vorenthalten, gaben nach einer Untersuchung (CAPE J, MCCULLOCH Y 1999) die Patienten den Zeitmangel während der Konsultation sowie das Gesprächsverhalten des Arztes als Gründe an. Im Gesundheitsgutachten 2001 für die Bundesregierung erwähnen die Autoren im Kapitel 13.4 zum Thema depressiver Störungen: „Obwohl sich die Mehrzahl der depressiven Patienten in hausärztlicher Behandlung befindet, wird bei mindestens einem Drittel die Depression nicht erkannt und bei weniger als der Hälfte nicht konsequent behandelt.“ (zit. n. SCHWARTZ FW ET AL 2001). Die sich daraus ergebende Forderung sei allerdings kritisch zu würdigen: „[...] es wäre ferner zu prüfen, ob die volle kassenärztliche Zulassung für die eigenständige hausärztliche Behandlung psychisch Kranker von der Wahrnehmung ver-

⁵ International Classification of Diseases, Version 9

bindlicher, qualitätsgesicherter und hinsichtlich des Lernerfolgs evaluierter Fortbildungsveranstaltungen abhängig gemacht werden sollte“. Für die psychosomatische Grundversorgung läßt sich anhand vorliegender Kosteneffektivitätsstudien diese Frage mit „ja“ beantworten. So konnten *H.-C. Deter* und *R. Dilk* (DETER HC, DILG R 2001) zeigen, dass durch Einführung von Qualitätszirkeln sich die Medikamentenkosten reduzieren ließen. *D. Seefeld* (SEEFELDT D 1991 und 2001) zeigt, dass durch gezielte suggestive Verfahren (autogenes Training) im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung bei der essentiellen Hypertonie, die Arbeitsunfähigkeitszeiten um über 50 % gesenkt werden kann (von 30,7 Tagen/Jahr auf 15,1 Tage/Jahr). Außerdem können dieser Studien zufolge durch psychosomatische Behandlungsverfahren Medikamentenkosten gesenkt werden.

Dass gezielte psychosomatische Behandlungsverfahren kostensparend wirken können, weist *M. Zielke* (ZIELKE M 2001) nach. Hier wird durch – allerdings stationäre – psychotherapeutische Behandlung die Arbeitsunfähigkeitszeit erheblich reduziert. Betrachtet werden die Kosten für die medizinische Versorgung, sowie die Krankengeldzahlungen vor und nach stationärer Behandlung. Dabei ergibt sich bei den betrachteten Fällen ein Einsparpotential von 61 %.

Vergleicht man die einzelnen Studien im Gesamtbild, so läßt sich folgende Tendenz für die Zukunft feststellen. Der Anteil psychischer Erkrankungen wächst. Ob durch verbesserte Diagnostik oder demographische Entwicklung bleibt unbeantwortet. Dieses Patientenkontingent zeichnet sich durch hohe Krankheitsdauer und hohe Arzneimittelkosten aus. Der daraus resultierende volkswirtschaftliche Schaden ist im Verhältnis zu anderen Krankheitsbildern überproportional hoch. Auf diese Herausforderung kann durch eine verbesserte qualitätsgesicherte Fort- und Weiterbildung sinnvoll reagiert werden. Nur durch effektivere diagnostische und therapeutische Maßnahmen in der psychosomatischen Grundversorgung können daher Kosten gespart werden.

Exkurs: Die kassenärztliche Vereinigung Berlin weist in ihrer Statistik die Mittelwerte der abgerechneten Leistungsziffern statistisch nicht ganz korrekt aus.

Ein Phänomen, das zur verstärkten Abrechnung von Leistungsziffern führen kann, wird von der Kassenärztlichen Vereinigung (zumindest in Berlin) selbst produziert: Bei der Darstellung der Vergleichswerte einer individuellen Quartalsabrechnung wird pro Ziffer ein Mittelwert bezogen auf alle abrechnenden Ärzte der Fachgruppe sowie auf alle Ärzte der Fachgruppe ermittelt und die Abweichung von diesem Wert in Prozent ausgewiesen. Als Berechnungsgrundlage dient „fälschlicherweise“ das arithmetische Mittel (Summe aller Abrechnungswerte pro Ziffer und Fachgruppe geteilt durch deren Anzahl). Wie bereits dargestellt, ist die Abrechnungsverteilung aber nicht symmetrisch, sondern steht in der statistischen Verteilungskurve deutlich linksschief (siehe Abbildung 14). Der errechnete Mittelwert ist daher immer größer als ein bei dieser Ver-

teilung besser zu verwendender Medianwert. Der Median, der auch in dieser Untersuchung als statistisches Vergleichsmaß verwendet wurde, gibt die mittlere Abrechnung korrekter wieder. Er trennt die nach Größe sortierten Abrechnungswerte so, dass 50% der Ärzte weniger und 50% der Ärzte mehr als diesen Wert abrechnen (Median = 50-iger Perzentile). Bei einer linksschiefen Verteilung liegt der arithmetische Mittelwert immer oberhalb - oder rechts - vom Median. Diese Verteilung wird bei *L. Sachs* erklärt und statistisch beispielhaft dargestellt (SACHS L 1999: 154-155). Den Ärzten, welche rechnerisch mehr als den Median aber weniger als den ausgewiesenen Mittelwert abrechnen, wird so vorgetäuscht, sie würden tatsächlich weniger als das Mittel der übrigen Fachkollegen liquidieren. Sind die abrechnenden Ärzte nun bestrebt, den in der KV-Statistik ausgewiesenen arithmetischen Mittelwert zu erreichen, induzieren sie ein Trendverhalten, das sowohl den Median als auch den arithmetischen Mittelwert zu größeren Werten hin verschiebt. Mit zunehmender Verbreitung von EDV-Systemen in Arztpraxen als Abrechnungs- und Managementinstrument, wird dieses Phänomen weiter an Bedeutung gewinnen. Bereits jetzt existieren Statistikmodule in Arztprogrammen, welche die Liquidation des Arztes mit der seiner Fachgruppe vergleichen und den „Ausschöpfungsstand“ des eigenen Ziffernbudgets sichtbar machen. Anstatt in der Statistik das arithmetische Mittel auszuweisen, wäre die Angabe eines Mittelwertes für nicht-symmetrische Verteilungen (Median oder Modalwert) korrekter und für die realen Gegebenheiten aussagekräftiger. Weiterhin wäre statt der prozentualen Abweichung vom Mittelwert die Angabe hilfreicher, in welcher Perzentile die eigene Abrechnung liegt. Denn dieser Wert gibt an, wieviel Prozent der zu vergleichenden Ärzte weniger oder gleich viel abrechnen.

Literatur

- 1 ABHOLZ H: Die Struktur der allgemein- und spezialärztlichen Versorgung. Arbeit- und Sozialpolitik. 1995, 9-10, S.38-49,
- 2 BENSING JM, VD BRINK-MUINEN A, DE BAKKER DH: Gender differences in practice style. A dutch study of general practioners. Medical Care. 1993, 31(3), S.219-229,
- 3 BERGMANN G: Psychosomatische Grundversorgung. Berlin, Springer-Verlag, 1989
- 4 BLAU H: Entwicklung und Reformansätze im Gesundheitswesen. IFO-Schnelldienst. 1996, 17-18, S.26-37,
- 5 BÖHLERT I ET AL: Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung von Managed-Care-Gatekeepersystemen nach dem Schweizer Muster in Deutschland. Gesundheitswesen. 1997, 59, S.555-560,
- 6 BRENNER G HRSG.: Gesundheitszustand und ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung im Ost-West-Vergleich. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 2000
- 7 BRUCKS U, WAHL WB: Psychosomatische Grundversorgung. Fortbildung und Qualitätsmanagement 1989 bis 1998. Fortschr. d. Medizin Org. 2000, 118 (I), S.19-24,
- 8 BÜHRING P: Die Kassenart bestimmt die Behandlung. Dt Ärztebl. 1997, 43, S.A-2822,
- 9 BUNDESÄRZTEKAMMER: Qualitätssicherung Psychosomatische Grundversorgung. Dt Ärztebl. 1995, 16 v. 17.04.1998, S.A-979,
- 10 BUNDESÄRZTEKAMMER HRSG.: Curriculum psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Erste Aufl. Köln, Bundärztekammer, 1997
- 11 BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT HRSG.: Pressemitteilung Nr. 10. 01.02.1996
- 12 BUNDESREGIERUNG: Sozialgesetzbuch V. Band Beck-Texte im dtv. 27. Aufl. München, dtv-Verlag, 2001 S.314-544,
- 13 BUSSE R, SCHWARTZ FW: Der ambulante Sektor zwischen Budgetierung, Gebührenreform und Strukturreform. Hrsg.: Düllings: Von der Budgetierung zur Strukturreform im Gesundheitswesen. Heidelberg, Decker R, 1996 S.107-129,
- 14 CAPE J, MCCULLOCH Y: Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. British journal of general practice. 1999, 49 (448), S.875-879,
- 15 DECKER O ET AL.: Psychosomatische Diagnostik und Behandlung in der Grundversorgung im Vergleich von Ost- und Westberlin. Hrsg.: Hessel A: Gewinne und Verluste sozialen Wandels. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1999 S.222-223,
- 16 DECKER O, DETER HC, DILG R: Evaluation einer qualitätssichernden Maßnahme in der Psychosomatischen Grundversorgung. Band Diplomarbeit. Berlin, FU-Berlin, 1996

- 17 DETER HC: Nutzen und Kosten der Psychosomatischen Medizin – eine Bestandsaufnahme am Ende des Jahrhunderts. Psychosom. med. Psychol. 1999, 49, S.393-394,
- 18 DETER HC: Qualitätssicherung in der Psychosomatik. Verbundstudie innerhalb des Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung. Hrsg.: Sandholzer H: Bericht des Zentrums Berlin, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 118. Baden-Baden, Nomos Verlag, 1999 S.107-118,
- 19 DETER HC: Qualitätssicherung in der psychosomatischen Medizin und Psychotherapie. Hrsg.: Studt HH, Petzold ER: Psychosomatische Medizin. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis. Hamburg, de Gruyter Verlag, 1999 S.426-430,
- 20 DETER HC, DILG R: Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung: eine Erhebung an Berliner Ärzten. KV-Blatt Berlin. 1995, 11, S.36-37,
- 21 DETER HC, DILG R: Kosten-Nutzen-Analysen einer verbesserten psychosomatischen Grundversorgung. Hrsg.: Deter HC: Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern, Verlag Hans Huber, 2001 S.563-571,
- 22 DETER HC, DILG R, GEYER M, HESSE A, DECKER O: Diagnostik und Behandlung in der psychosomatischen Grundversorgung – Ein Vergleich zwischen Ost- und Westberlin. Zsch psychosom Med. 2000, 46, S.180-192,
- 23 DIE WELT: Ärzte werden besser bezahlt. 22.12.1995 S.4,
- 24 DOGS W: Die psychosomatische Grundversorgung in der Praxis. Heidelberg, Haug, 1991
- 25 ENNENBACH R: Praxisbudgets. KV-Blatt Berlin. 1997, 10, S.12-15,
- 26 FABER FR, HAARSTRICK R: Kommentar Psychotherapie-Richtlinien Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Psychosomatische Grundversorgung. 3. Aufl. München, Jungjohann, 1994
- 27 FISCHER W: Ambulante Behandlung psychischer Störungen. Jena, VEB Gustav Fischer Verlag, 1990
- 28 FRITSCHKE K, SANDHOLZER H: Psychosomatische Grundversorgung in der Hausarztpraxis. Z aerztl Fortbildung Qual sich. 2000, 94, S.127-131,
- 29 GERLINGER T: Wettbewerbsordnung und Honorarpolitik. Die Neugestaltung der kassenärztlichen Vergütung zwischen Gesundheitsstrukturgesetz und dritter Stufe der Gesundheitsreform. Frankfurt am Main, Mabuse Verlag, 1997
- 30 GEYER M: Psychotherapie und Psychosomatik in den gesellschaftlichen Systemen Ost- und Westdeutschlands. Hrsg.: Deter HC: Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern, Verlag Hans Huber, 2001 S.505-511,
- 31 GLAESMER H: Können Qualitätszirkel Kosten senken?. Band Dissertation. Berlin, Charite Berlin, 2004
- 32 GLAESMER H, DETER HC: P Geschlechtsspezifische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit. Verschreiben Ärzte häufiger Medikamente als Ärztinnen? Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie. 2000, 52(9/10),

S.386-391,

- 33 GRIES T, LANGELEH D: Konstitutive Elemente einer anreizkompatiblen Gestaltung des Gesundheitssystems. 2003 http://wiwi.uni-paderborn.de/vw17/Forschung/Working_Paper/WP_2002-03/WP_2002-03.pdf.
- 34 GULBRANDSON P, HJORTDAL P, FUGELLI P: General practioner's knowledge of their patient's psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. BMJ. 1997, 314, S.1014-1018,
- 35 HELOU A, SCHWARTZ FW, OLLENSCHLÄGER G: Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in Deutschland. Bundesgesundheitsbl- Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz. 2002, 45, S.205-214,
- 36 HENKE KD ET AL: Graduiertenkolleg Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung, Arbeits- und Ergebnisbericht. im Druck, 01.04.2001
- 37 HENKE KD, STRANG A: Bedarfsgerechte und kostengünstige Gesundheitsversorgung; Schlussfolgerungen für die Psychosomatik. Hrsg.: Deter HC: Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern, Verlag HansHuber, 2001 S.551-562,
- 38 HESS R: Wandel vom Kassenarzt zum Vertragsarzt - Definition oder Statusänderung? – aus Sicht der Kassenärzte. VSSR. 2001, 5 (94), S.395-405,
- 39 HESSEL A, GEYER M, WÜRZ J, BRÄHLER E: Psychische Befindlichkeiten in Ost- und Westdeutschland im siebten Jahr nach der Wende. Aus Politik und Zeitgeschehen. 1997, B13, S.15-24,
- 40 HÖHFELD K: Psychotherapie in Berlin, Eine Übersicht über die Gebiete. KV-Blatt Berlin. 1996, 9, S.27-28,
- 41 HUTH EJ: How to write and publish papers in the medical sciences. 2. Aufl. Baltimore, Williams & Williams, 1990
- 42 KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: Einheitliche Festlegung der Qualifikationsvoraussetzungen für die psychosomatische Grundversorgung gem. §2 Abs 6 der Psychotherapierichtlinien. Deutsches Ärzteblatt . 1993, 90 (51/52), S.A/1-3456,
- 43 KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Band Stand 01.07.1997. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1997b
- 44 KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: Psychotherapie-Richtlinien. Deutsches Ärzteblatt. 1998, 95 (51), S.A-3309,
- 45 KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG: Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 2000
- 46 KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, HRSG: Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Band Stand 01.01.1994. Köln, DeutscherÄrzteverlag, 1994a
- 47 KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, HRSG: Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Band Stand 01.10.1994. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1994b
- 48 KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, HRSG: Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Band Stand: 1.1.1997.

- Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1997a
- 49 KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG, HRSG: Einheitlicher Bewertungsmaßstab. Band Stand 01.01.1996. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1996
- 50 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN, HRSG: Einflußfaktoren bei Vergütung. KV-Blatt Berlin. 1991, 10, S.344-346,
- 51 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN, HRSG: Künftige EBM-Struktur. Grundzüge werden erkennbar. KV-Blatt Berlin. 1994, 11, S.26-28,
- 52 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN, HRSG: Wer macht's zu welchem Preis. KV-Blatt Berlin. 1994, 6, S.8-13,
- 53 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG BERLIN, HRSG: Maßnahmen gegen mögliche EBM-Fehlentwicklungen. KV-Blatt Berlin. 1996, 04, S.36,
- 54 KEREK-BODDEN H, KLOSE J: Die Entwicklung der Fallzahlen bei niedergelassenen Ärzten 1980-1993. Köln, Deutscher Ärzteverlag, 1994
- 55 KIELHORN R: Zur Lage der psychotherapeutischen ambulanten Versorgung in Berlin. KV-Blatt Berlin. 1990, 11, S.374-376,
- 56 KIELHORN R: Die psychosomatische Versorgung in der Allgemeinmedizin. KV-Blatt Berlin. 1996, 09, S.24-26,
- 57 KIELHORN R: Psychotherapeutengesetz mit neuen Belastungen für Berlin Vertragsärzte. KV-Blatt Berlin. 1997, 09, S.43-44,
- 58 KLOSE J: Leistungsreport Ärzte; Arztprofile der wichtigsten Fachgruppen niedergelassener Ärzte. Stuttgart, Gustav Fischer Verlag, 1993
- 59 KÖNIG W: Der Facharzt für Psychotherapeutische Medizin. KV-Blatt Berlin. 1995, 04, S.52-53,
- 60 KÖNIG W, GEYER M: Integration von Psychotherapie und Medizinischer Psychologie in die Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten der DDR – Konzept und Realisierung. Hrsg.: Brähler E, et al: Psychotherapie in der Medizin. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1991 S.49-59,
- 61 KÖRVER I: EBM muß optimiert werden. KBV-Klartext. 1996, 7, S.3,
- 62 KRAUTH CH ET AL: Zur Weiterentwicklung des Vergütungssystems in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Band Gutachten im Auftrag der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen. 01.12.1997
- 63 KRUSE J, TRESS W: Der Hausarzt im Gespräch mit seinem Patienten. Hrsg.: Deter HC: Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern, Verlag Hans Huber, 2001 S.294-300,
- 64 LITZENBURGER S: Neuerungen im EBM ab 1. Juli 1996. KV-Blatt Berlin. 1996, 08, S.23,
- 65 LITZENBURGER S: Praxisbudgets ab 1.7.1997. KV-Blatt Berlin. 1997, 02, S.20-21,
- 66 LUDWIG V: Die Vergütung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von „Sozialtarifen“ in der gesetzlichen Kran-

- kenversicherung. St. Augustin, Asgard Verlag, 2000,
- 67 MARTIN K, HENKE KD: Kosten nach Krankheitsarten, Kurzzusammenfassung. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt, 1999,
 - 68 MORABIA A, FABRE J, DUNAND JP: Dthe influence of patients an physicians gender on prescription of psychotropic drugs. J Klein Epidemiol, 1992, 45(2), S.111-116,
 - 69 NEHLS R: Praxisbudgets. KV-Blatt Berlin. 1996, 10, S.10-12,
 - 70 NEHLS R: EBM-Reform. KV-Blatt Berlin. 1995, 10, S.13-17,
 - 71 OLDIGES FJ: Wandel vom Kassenarzt zum Vertragsarzt – Definition oder Statusänderung? – aus Sicht der Krankenkassen. VSSR. 1994, 5, S.381-393,
 - 72 RATHGEBER KD: Blindflug an der Honorarfront. Arzt & Wirtschaft. 2000, 9, S.15-16,
 - 73 RICHTER J, EISENMANN M, BAUER B, PORZOLT F: Einstellungen von Ärzten bei der Behandlung inkompetenter Patienten. Ein Ost-West-Vergleich. Med-Klin. 1997, H5, S.255-259,
 - 74 ROTER D, LIPKIN M, KORSGAARD A: Sex differences in patients and physicians communication during primary care medical visits. Medical Care. 2001, 29 (11), S.1083-1093,
 - 75 SACHS L: Angewandte Statistik. 9. Aufl. Berlin, Springer Verlag, 1999
 - 76 SCHALKHÄUSER K: Ein Modell zur Neugestaltung der Arzthonorierung in der vertragsärztlichen Versorgung (EBM-Modell „Urologie“). Friedrich-Ebert-Stiftung Mai 2000, 01.01.2000
<http://www.fes.de/fulltext/asfo/00693003.htm>.
 - 77 SCHELLENBERG M: Zulassungsbeschränkung für Vertragsärzte im GSG. Arbeit und Sozialpolitik. 1993, 7-8, S.31-34,
 - 78 SCHLITT R: EBM-Reform. KV-Blatt Berlin. 1995, 07, S.24-25,
 - 79 SCHLITT R: Vom schwierigem Umgang mit einer frohen Botschaft, Der neue EBM. KV-Blatt Berlin. 1996, 02, S.8-10,
 - 80 SCHLITT R: Honorarverteilungsmaßstab. KV-Blatt Berlin. 1997, 11, S.20-21,
 - 81 SCHMIDT W., HÖGEL J: Ein Indifferenzmodell zur Wirtschaftlichkeitsprüfung von Kassenärzten. Allg Statistisches Archiv . 1994, 78, S.323-337, 0002-6018.
 - 82 SCHNEIDER G: Die vertragsaerztliche Verguetung im Spannungsfeld vom EBM und HVM. Chirurg. 1997, 68 (1), S.3-10,
 - 83 SCHORRE W: Chancen und Risikien des Wettbewerbs aus Sicht der Kassenärzte. VSSR. 1999, 3, S.217-220,
 - 84 SCHULENBURG JM GRAF VD: Systeme der Honorierung frei praktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen. Tübingen, Mohr Verlag, 1981
 - 85 SCHULENBURG JM GRAF VD, SCHÖFFSKI, O: Transformation des Gesundheitswesens im Spannungsfeld zwi-

- schen Kostendämpfung und Freiheit: Eine ökonomische Analyse des veränderten Überweisungs- und Einweisungsverhaltens nach den Arzneimittelregulierungen des GSG. Hrsg.: Oberender P: Probleme der Transformation im Gesundheitswesen. Baden-Baden, Nomos Verlagsgesellschaft, 1994 S.45-81,
- 86 SCHULIN B: Wandel vom Kassenarzt zum Vertragsarzt – Definition oder Statusänderung. VSSR. 1994, 5, S.357-379,
- 87 SCHWARTZ FW ET AL: Depressive Störungen; Gesundheitsgutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen; Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band Band III.3. 01.01.2001 S.193-291,
- 88 SEEFELDT D: Zur Effektivität der Psychotherapie unter den Bedingungen der allgemeinärztlichen Betreuung. Hrsg.: Brähler E et al: Psychotherapie in der Medizin. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1991 S.290-302,
- 89 SEEFELDT D: Effektivitätsuntersuchungen und Kosten-Nutzen-Aspekte der Psychotherapie in der Allgemeinmedizin. Hrsg.: Deter HC: Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern, Verlag Hans Huber, 2001 S.572-582,
- 90 SENF W: Erfolgskontrolle psychotherapeutischer Maßnahmen – Eine Standortbestimmung. Hrsg.: Brähler E et al: Psychotherapie in der Medizin. Opladen, Westdeutscher Verlag, 1991 S.203-221,
- 91 STATISTISCHES BUNDESAMT: Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen. Unternehmen und Arbeitsstätten. 1995, *Fachserie 2 Reihe 1.6.1*, S.1-19,
- 92 TIMM G: Regionalisierungsaspekte im EBM 1997. KV-Blatt Berlin. 1996, 10, S.12,
- 93 TRESS G: Psychosomatische Grundversorgung. 2. Aufl. Stuttgart, Schattauer Verlag, 1997
- 94 TRESS W., KRUSE J: Psychosomatische Grundversorgung in der Praxis; Erhebliche Anforderungen an niedergelassene Ärzte. Dt Ärztebl. 1993, 10, S.A597-A601,
- 95 UEXKÜLL TH V: Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. 6. Aufl. München, Urban & Schwarzenberg, 1996
- 96 URBAN R: Gute psychotherapeutische Versorgung in Berlin; Veränderung der Abrechnung. KV-Blatt Berlin. 1996, 1, S.29-30,
- 97 WALLER K: Womens doctors for womens patients?. Br J Med Psychol. 1988, 61, S.125-133,
- 98 WIRSCHING M: Kassenärztliche Psychosomatisch-Psychotherapeutische Versorgung; Denkanstöße für die Weiterentwicklung. Dt Ärztebl. 1991, 88 (49), S.2832-2834,
- 99 ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE VERSORGUNG: Eine bevölkerungsrepräsentative Befragung über die Nutzung der Krankenversicherungskarte 1998 im Vergleich zur Einführung der KVK im Jahr 1995. Band Artikel. 1998
- 100 ZEPF, S, MARX, A, MENGELE U: Die ambulante psychotherapeutische Versorgungslage der Erwachsenen sowie der Kinder und Jugendlichen im Saarland. Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis. 1997, 32 (3), S.29-41,

- 101 ZIELKE M: Krankheitskosten für psychosomatische Erkrankungen in Deutschland und Reduktionspotentiale durch psychotherapeutische Interventionen. Hrsg.: Deter HC: Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bern, Verlag Hans Huber, 2001 S.582-601,
- 102 ZWEIFEL P: Ein ökonomisches Modell des Arztverhaltens. Berlin, Springer-Verlag, 1982
- 103 ZWEIFEL P: Eine Charakterisierung von Gesundheitssystemen: Welche sind im Vorteil bei welchen Herausforderungen?. Hrsg.: Oberender P: Probleme der Transformation im Gesundheitswesen. Band 20. Baden-Baden, Gesundheitsökonomische Beiträge, 1994

Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung der Punktwertentwicklung nach Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993	15
Abbildung 2: Diagnostischer und therapeutischer Weg in der Psychotherapie bei Erwachsenen	23
Abbildung 3: Fachgruppenverteilung im Kurzfragebogen und der KV-Daten im Vergleich zum Bundesgebiet	32
Abbildung 4: Aufbereitung des Datenmaterials	35
Abbildung 5: Fachrichtungsverteilung in beiden Stadtteilen (ungeordnet)	41
Abbildung 6: Niederlassung in Jahren (seit 1994), Darstellung beider Stadtteile	42
Abbildung 7: Verteilung der niedergelassenen Ärzte in den Stadtteilen Berlins, nach Geschlecht getrennt	42
Abbildung 8: formale Qualifikation in beiden Stadtteilen	43
Abbildung 9: Balintgruppenerfahrung, Vergleich beider Stadtteile	43
Abbildung 10: Abrechnungsverteilung aller psychosomatischer Ziffern über 12 Quartale	45
Abbildung 11: Abrechnungsverteilung Ziffer 850 im Quartal I/1995 (senkrechte Punktlinie = Median, senkrechte durchgezogene Linie = Mittelwert)	45
Abbildung 12: Subjektive Schätzung psychischer Störungen und psychosomatischer Störungen am Patientenkontext, getrennt nach Fachrichtung (Querlinien: Mittelwerte über alle Schätzungen)	46
Abbildung 13: Darstellung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850-856 bezogen auf das Arztgeschlecht	47
Abbildung 14: Boxplot: Vergleich der Abrechnungshäufigkeiten der psychosomatischen Ziffern 850-856 zwischen beiden Stadtteilen für das Quartal I/95	49
Abbildung 15: Boxplot: Darstellung des Kriteriums „Balintgruppenerfahrung“ für die Abrechnungshäufigkeiten der Ziffern 820-823 und 850-856	50

Abbildung 16: Darstellung der formalen Qualifikation zur PSGV für die Abrechnungshäufigkeit der Leistungen 850 bis 856	52
Abbildung 17: Abrechnungshäufigkeit Ziffer 850 nach Fachrichtung getrennt	53
Abbildung 18: Abrechnungshäufigkeit Ziffer 851 nach Fachrichtung getrennt	54
Abbildung 19: Vergleich des Kriteriums ‚Dauer der Niederlassung‘ gegen die Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850 und 851	55
Abbildung 20: Vergleich des Kriteriums ‚Fallzahl‘ gegen die Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850 und 851	56
Abbildung 21: Veränderung der Zahl abrechnender Ärzte der Ziffer 850, getrennt nach Fachpsychotherapeuten und übrigen Ärzten, über 12 Quartale	58
Abbildung 22: Veränderung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 850, getrennt nach Fachpsychotherapeuten, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und übrigen Ärzten, über 12 Quartale	58
Abbildung 23: Veränderung der Zahl abrechnender Ärzte der Ziffer 851, getrennt nach Fachpsychotherapeuten und übrigen Ärzten, über 12 Quartale	59
Abbildung 24: Veränderung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 851, getrennt nach Fachpsychotherapeuten, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und übrigen Ärzten, über 12 Quartale	59
Abbildung 25: Anzahl der Ärzte: Ziffer 855	60
Abbildung 26: Abrechnung der Ziffer 855	60
Abbildung 27: Anzahl Ärzte: Ziffer 856	60
Abbildung 28: Abrechnung der Ziffer 856	60
Abbildung 29: Veränderung der Zahl abrechnender Ärzte der Ziffer 820, getrennt nach Fachpsychotherapeuten und übrigen Ärzten, über 12 Quartale	62
Abbildung 30: Veränderung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 820, getrennt nach Fachpsychotherapeuten, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und übrigen Ärzten, über 12 Quartale	62

Abbildung 31: Veränderung der Zahl abrechnender Ärzte der Ziffer 821, getrennt nach Fachpsychotherapeuten und übrigen Ärzten, über 12 Quartale	62
Abbildung 32: Veränderung der Abrechnungshäufigkeit der Ziffer 821, getrennt nach Fachpsychotherapeuten, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzqualifikation und übrigen Ärzten, über 12 Quartale	62
Abbildung 33: Anzahl Ärzte: Ziffer 822	63
Abbildung 34: Abrechnung der Ziffer 822	63
Abbildung 35: Gegenüberstellung der subjektiven Schätzung psychosomatischer Störungen in der Arztpraxis gegen die Abrechnungshäufigkeit	65
Abbildung 36: Gegenüberstellung der subjektiven Schätzung psychosomatischer Störungen in der Arztpraxis gegen die Abrechnungshäufigkeit, getrennt nach Fachrichtung	65
Abbildung 37: Darstellung des statistisch ausgewiesenen Mittelwertes der KV-Quartalsstatistik und der aus dem Datenmaterial errechneten Werte (Mittelwert und Median).	66
Gleichung 1: Berechnung der EBM-Fallpunktzahl für das Praxisbudget (bundeseinheitlich)	19
Gleichung 2: Berechnung der regionalen EBM-Fallpunktzahl für das Praxisbudget (je KV)	19
Gleichungen 3 + 4: Aufspaltung der Fallpunktzahl nach Versicherungsgruppen	19
Gleichung 5: Berechnung der regionalen Fallpunktzahlen für die Zusatzbudgets (KV)	19

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Bezeichnung und Bewertung der in der Arbeit verwendeten psychosomatischen und psychiatrischen Leistungsziffern des „alten“ und „neuen“ EBM	11
Tabelle 2: Schlüsseltabelle: Fachrichtungen der KV-Berlin mit Häufigkeitsangaben	31
Tabelle 3: Kreuztabelle: Stadtteil und Geschlecht	40
Tabelle 4: Kreuztabelle: Vergleich zwischen Arztgeschlecht und Balintgruppenerfahrung	44
Tabelle 5: Kreuztabelle: Vergleich zwischen Stadtteil und Balintgruppenerfahrung	44

Tabelle 6: Kreuztabelle: Vergleich zwischen Arztgeschlecht und Qualität in der PSGV	44
Tabelle 7: Kreuztabelle: Vergleich zwischen Stadtteil und Qualität in der PSGV	44
Tabelle 8: Teststatistik: Vergleich des Stadtteils Berlins mit der Abrechnungshäufigkeit der Ziffern 850-856	48
Tabelle 9: Vergleich der Abrechnungshäufigkeit und Balintgruppenerfahrung	49
Tabelle 10: Vergleich der formalen Qualifikation mit der Abrechnungshäufigkeit	51
Tabelle 11: mittlere Abrechnungshäufigkeit und Anteil an der Gesamtversorgung in der psychosomatischen Grundversorgung	54
Tabelle 12: errechnete und ausgewiesene Kennzahlen der Abrechnungsziffer 850 für Allgemeinmediziner	66

Fragebogen

Kurzfragebogen zum Projekt Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung und zum Interesse an Qualitätszirkeln

Bitte innerhalb von 14 Tagen zurücksenden an:

Prof. Dr. H.-C. Deter
Projekt Qualitätssicherung
Abt. Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin

A. Fragen zu Ihrer Praxis (bitte unbedingt ausfüllen)

1. Wie hoch schätzen Sie den prozentualen Anteil Ihrer Patienten mit psychischen und funktionellen/psychosomatischen Störungen als Vorstellungsgrund in Ihrer Praxis ein? insgesamt: %,

davon psychisch/psychiatrisch: % funktionell/psychosomatisch: %
soziale Probleme: % sexuelle Probleme: %
körperliche Krankheiten mit psychosozialen Problemen: %
Suchtprobleme (Alkohol, Nikotin, Drogen): %

2. Geben Sie bitte den ungefähren Anteil Ihrer Patienten pro Altersgruppe an:
unter 18 Jahren: % 18 - 40: %
41 - 60: % über 60 Jahre: %

3. Wieviel ärztliche und nichtärztl. Mitarbeiter sind in Ihrer Praxis tätig?
ärztl. Mitarbeiter: nicht-ärztl. Mitarb.:

4. Mit welchen anderen Berufsgruppen arbeiten Sie zusammen (Überweisungspraxis):
Psychologen/Psychotherapeuten ☐ Psychiatern ☐
Sozialarbeitern ☐ Krankengymnasten ☐ Suchtberatungsstellen ☐
Selbsthilfegruppen ☐ Andere ☐ Welche?

B. Fragen zu Leistungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung?

1. Mit wieviel Prozent Ihrer Patienten arbeiten Sie pro Quartal vorwiegend im Sinn der "sprechenden Medizin"? bis 10% ☐ ; 11 - 20% ☐ ; 21 - 30% ☐ ; 31 - 40% ☐ ; mehr als 40% ☐

2. Bei wieviel % Ihrer Patienten mit der Diagnose einer psychosomatischen/funktionellen Erkrankung verschreiben Sie eine Medikation?%

3. Wie oft haben Sie die Ziffern 850 und 851 im letzten Quartal im Vergleich zu allen ausführenden Ärzten Ihrer Fachgruppe abgerechnet?

850: unterdurchschnittlich ☐ durchschnittlich ☐ überdurchschnittlich ☐
851: unterdurchschnittlich ☐ durchschnittlich ☐ überdurchschnittlich ☐

4. Welche anderen Abrechnungsziffern nutzen Sie im Rahmen der "sprechenden Medizin" und wie oft haben Sie sie im letzten Quartal abgerechnet?

	unterdurchschnittl.	durchschnittl.	überdurchschnittl.		unterdurchschnittl.	durchschnittl.	überdurchschnittl.
9:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
820:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	821:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
822:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	825:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
830:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	855:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
856:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

bitte wenden

C. Fragen zur Tätigkeit im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Würden Sie den Anteil der "sprechenden Medizin" an Ihrer Tätigkeit gerne ausweiten?
stark ausweiten 1 2 3 4 5 gar nicht ausweiten (bitte ankreuzen)
2. Sind seit Ihrer Niederlassung psychosoziale Aspekte in Diagnostik und Behandlung für Sie wichtiger oder weniger wichtig geworden?
wichtiger 1 2 3 4 5 weniger wichtig
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit?
sehr zufrieden 1 2 3 4 5 sehr unzufrieden
4. Wieviel Überweisungen zum Psychotherapeuten oder Psychiater haben Sie im letzten Quartal veranlaßt?
keine O ; 1 - 5 O ; 6 - 10 O ; 11 - 20 O ; mehr als 20 O
5. Haben Sie jemals an einer Balintgruppe teilgenommen? Ja O Nein O Wenn ja, geschätzte Anzahl der Sitzungen (Dpst.): bis 10 O ; 11 - 20 O ; 21 - 40 O ; mehr als 40 O
6. Haben Sie an Theoriestunden zur psychosomatischen Grundversorgung teilgenommen?
 - im Rahmen einer abgeschlossenen Weiterbildung für den Zusatztitel Psychoth: Ja O Nein O
 - im Rahmen von Fortbildungen mit Kursen: Ja O Nein O
 - durch die Übergangsbestimmungen bei der Einführung des Zusatztitels: Ja O Nein O
7. Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung der Praxis der psychosomatischen Grundversorgung?

D. Teilnahmebereitschaft am Projekt "Qualitätssicherung ..."

- | | Ja | Nein |
|---|-----------------------|-----------------------|
| - Ich habe Interesse an Qualitätszirkeln und bin bereit, an dem Projekt "Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung" teilzunehmen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Ich habe kein Interesse an der Teilnahme an Qualitätszirkeln, bin aber bereit, in begrenztem Umfang an dem Projekt "Qualitätssicherung ..." teilzunehmen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Ich habe Interesse an dem Projekt, benötige für eine Entscheidung zur Teilnahme aber noch weitere Informationen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - Ich möchte nicht an dem Projekt teilnehmen, weil ich | | |
| - keine Leistungen zur psychosomatischen Grundversorgung erbringe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - zu wenig Erfahrung in der psychosomatischen Grundversorgung habe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - andere Fortbildungsmöglichkeiten nutze | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

E. Fragen zu Ihrer Person (bitte unbedingt ausfüllen)

1. Wie alt sind Sie?.....Jahre Geschlecht: O m / O w
2. Seit wann sind Sie als niedergelassener Arzt tätig? 19.... Vollzeit O Teilzeit O
3. Welche Gebietsbezeichnungen haben Sie?.....
4. Welche Teilgebietsbezeichnungen haben Sie?.....

.....
(Datum)

.....
(Praxisstempel)

.....
(Unterschrift)

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name Ralph Eugen Mertens

Geburtsdatum 24. Juli 1964

Geburtsort Berlin-Wilmersdorf

Familienstand verheiratet

Staatsangehörigkeit deutsch

Schulbildung

1970-1976 Grundschule am Rüdesheimer Platz

1976-1982 Marie-Curie Gymnasium

9.12.1982 Abitur

Studium

1983-1990 Humanmedizin an der Freien Universität Berlin

19.11.1990 Staatsexamen

10.08.1992 Approbation

Berufliche Tätigkeit

1991-1993 Assistenzarzt in der Inneren und Neurologischen Abteilung des Krankenhauses Neukölln

1994 Assistenzarzt in der Rehabilitationsklinik Berlin Hoppegarten

1994-1995 Assistenzarzt in der Augenärztlichen Abteilung des Universitätsklinikums Tübingen

1995-1998 Assistenzarzt in der Unfallchirurgischen Abteilung der Kliniken Pinnberg

1998-2000 Projektleiter in der Medizinischen Informatik der Universitätsklinikums Benjamin Franklin der FU-Berlin

2000-2001 Assistenzarzt in einer Allgemeinarztpraxis

seit 22.05.2001 Facharzt für Allgemeinmedizin

seit 01.08.2001 niedergelassener Vertragsarzt für Allgemeinmedizin

Danksagung

Mein Dank richtet sich zuerst an meinen Doktorvater, Herrn Prof. Deter, der mich für das vorliegende Thema begeisterte, mit dem Datenmaterial versorgte und mich auch in arbeitsreicher Zeit motivierend zur Seite stand. Herrn Prof. Henke danke ich für die Möglichkeit, an dem fachlich hochqualifizierten, interdisziplinären Graduiertenkolleg teilzunehmen, aus dem diese Arbeit heraus entstand; die vielseitigen Vorträge und die gemeinsame Arbeit mit den Kollegiaten, im besonderen mit Frau Heike Glaesmer, haben meine Arbeit sehr befruchtet. Herrn PD Dr. J. Schepers danke ich ganz herzlich für seine klare, menschliche Art, mit der er mir den Zugang biostatistischer Phänomene nahebrachte. Ganz besonders danke ich meiner Frau Susanne für ihre unermüdliche Motivation, diese Arbeit voranzubringen, ihren Fleiß beim Redigieren und ihre Kraft, mir auch in schwierigen Zeiten den Rücken zu stärken und freizuhalten. Meinen Eltern, Frau Renate und Herrn Dr. med. Eugen Mertens, danke ich für ihre Geduld und große Hilfe bei inhaltlichen und gestalterischen Fragen.

Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen erstellt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ralph E. Mertens